

Eutanázie a asistované sebeusmrcení – historie, obecná východiska a úvahy nad návrhem zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. Část II.

Euthanasia and Assisted Suicide – History, General Foundations, and Reflections on the Draft Law on Palliative Care, End-of-Life Decisions, and Euthanasia. Part II.

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v. v. i.

Abstract: The second part of the article is devoted to analyzing the practical and legislative aspects of the draft law on palliative care, decision-making at the end of life, and euthanasia. It follows from the first part, which examined the historical, philosophical, and legal foundations, and develops a discussion of specific issues that this proposal has raised in the public and professional debate. The article analyzes the constitutional and legal framework of assisted death, including the current case law of the Constitutional Court of the Czech Republic dealing with the issue of the right to life, the right to self-determination, the right to respect for human dignity, and their relationship to assisted death. It also deals with the issue of the possibilities of abuse of assisted death concerning Czech and foreign medical practice. It defends the draft law with regard to foreign experience and impacts. It considers why the draft law includes both forms of assisted death, i.e., both actively requested euthanasia and assisted suicide. The article's essential topic is also the relationship between palliative care and assisted death and their possible legislative connection. The author also compares various foreign control models, especially the ex ante model in Spain and the ex post model in the Netherlands, and examines the ethical and legal consequences of transferring responsibility from the individual to the institution. The article addresses some of the criticisms of judicial and expert authorities against the draft law, and in the conclusion, summarizes the possibilities of de lege ferenda. It emphasizes respect for personal autonomy and human dignity, including in their decision-making at the end of life.

Key words: euthanasia – assisted suicide – assisted death – end-of-life decision-making – autonomy – dignity

Anotace: Druhá část článku se věnuje analýze praktických a legislativních aspektů návrhu zákona o *paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii*. Navazuje na první část, která zkoumala historické, filozofické a právní základy, a rozvíjí diskusi o konkrétních otázkách, které tento návrh vyvolal ve veřejné i odborné debatě. Článek rozebírá ústavněprávní rámec asistované smrti, včetně aktuální judikatury Ústavního soudu ČR zabývající se otázkou práva na život, práva na sebeurčení, práva na respektování lidské důstojnosti a jejich vztahu k asistované smrti. Dále se zabývá otázkou možnosti zneužití asistované smrti s ohledem na českou a zahraniční medicínskou praxi a obhájí návrh zákona s ohledem na zahraniční zkušenosti a dopady. Zamýšlí se nad tím, proč návrh zákona počítá s oběma formami asistované smrti, tedy i s aktivní vyžádanou eutanázií, i s asistovaným sebeusmrcením. Důležitým tématem článku je i vztah paliativní péče a asistované smrti a jejich možné legislativní propojení. Autor se věnuje též komparaci různých zahraničních modelů kontroly, zejména modelu ex ante ve Španělsku a ex post v Nizozemsku, a zkoumá etické a právní důsledky přenesení odpovědnosti z jednotlivce na instituci. Článek se vymezuje vůči některým výtkám soudních i odborných autorit vůči návrhu zákona, v závěru jsou pak shrnuty možnosti *de lege ferenda*. Autor v článku také poukazuje na významný lidskoprávní aspekt asistované smrti, a to respekt k osobní autonomii a důstojnosti člověka i v jeho rozhodování v závěru života.

Klíčová slova: eutanázie – asistované sebeusmrcení – asistovaná smrt – rozhodování na konci života – autonomie – důstojnost

ÚVOD

Tato druhá část článku¹ se zaměřuje podrobněji na praktické otázky, které se v souvislosti s návrhem zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii (dále jen „zákon o asistované smrti“)² objevily. Zejména se zabývá některými kritickými ohlasy na návrh tohoto zákona.³

V první části tohoto článku byly řešeny historické okolnosti, které vedly ke změně diskurzu v medicíně. Dále byly rozebrány historické ideové základy dvou hlavních forem asistované smrti: aktivní eutanázie a asistovaného sebeusmrcení⁴ a popsán jejich vývoj v Německu, Švýcarsku i Nizozemsku, včetně judikatury, která položila základ pozdější právní úpravě. Byly vytyčeny některé základní otázky, jako například a) ústavněprávní rámec – tj. zejména otázka, zda je eutanázie slučitelná s právem na život; b) možnosti zneužití asistované smrti a teorie kluzkého svahu; c) forma asistované smrti – tj. zda využít pouze asistovaného sebeusmrcení nebo i aktivní vyžádané eutanázie, zda mezi nimi činit rozdíly; d) definice eutanázie a asistovaného sebeusmrcení – včetně vhodnosti propojení rozhodování na konci života a paliativní péče („běžná“ medicínská praxe) s otázkami asistované smrti, včetně jejich rozlišení; e) podmínky beztrestnosti asistované smrti na straně pacienta – např. otázky věku, typu onemocnění a utrpení, stádia nemoci, možnosti využití dříve vyslovených přání;⁵ f) kontrola dodržování zákonů – zejména otázka fungování komisí ex post nebo ex ante; g) rozlišení typů sankcí včetně otázky

¹ DOLEŽAL, Adam. Eutanázie a asistované sebeusmrcení – historie, obecná východiska a úvahy nad návrhem zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. Část I. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2025, roč. 14, č. 2.

² Plné znění návrhu včetně důvodové zprávy zde: <https://proeutanzii.cz/documents/et-navrh-zakona-2020.pdf>.

³ Z kritických textů se zde zabýváme zejména následujícími: ŠAFR, Pavel, ed. *Iluze dobré smrti: eutanázie na šikmé ploše: sborník textů*. Praha: Fórum pro média, kulturu a civilizaci, 2024, dále Stanovisku vlády k návrhu poslanců Věry Procházkové, Lukáše Bartoně a dalších na vydání zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii (sněmovní tisk č. 924), Stanovisku výboru České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP k návrhu Zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii a konečně i s Vyjádřením Nejvyššího soudu k návrhu poslanců Věry Procházkové, Lukáše Bartoně a dalších na vydání zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii (sněmovní tisk č. 924), sp. zn. Sleg 53/2020. Dále se budeme zabývat i některými názory, které se ozývaly v médiích.

⁴ V textu je užíván termín asistované sebeusmrcení (z etického hlediska) nebo asistovaná sebevražda (odpovídající současné české právní úpravě. Obě slova jsou užívána jako synonyma, termín asistované sebeusmrcení je ovšem použit v obecném kontextu, termín asistovaná sebevražda pouze v kontextu českého návrhu zákona.

⁵ Návrh zákona byl nastaven na následující podmínky na straně pacienta: pacient má být v době předložení své žádosti zletilý a plně svéprávný, b) žádost musí být učiněna dobrovolně a bez nátlaku, c) pacient je nevléčitelně nemocný v důsledku úrazu nebo nemoci a tato situace je podle současných poznatků vědy neodvratitelná, d) pacient shledává, že trvale a nesnesitelně tělesně nebo duševně trpí bez naděje na zlepšení. Vyplývá-li z informací o zdravotním stavu pacienta, že jeho úmrtí není očekáváno v nejbližší době ani s vysokou mírou pravděpodobnosti v době následujících dvou let, je vykonávající lékař povinen záležitost projednat kromě konzultujícího lékaře (tato konzultace probíhá vždy) také s lékařem z oboru psychiatrie nebo s psychologem ve zdravotnictví. V zahraničí byla podrobována kritice podmínka zletilosti a plné svéprávnosti. Nesnesitelně trpět mohou i dětští pacienti, případně osoby, které nejsou plně svéprávné. Návrh zákona ovšem vycházel z problematických otázek týkajících se kompetence osoby k rozhodování v takto složitých otázkách. Abychom skutečně respektovali i hodnotu autonomního rozhodování pacienta, je toto omezení pouze pro zúženou skupinu obyvatel nastaveno proporcionálně k jeho účelu.

privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost⁶; h) právo lékaře odmítnout provést výkon - výhrada svědomí a otázka oznamovací povinnosti⁷ a konečně i i) asistovaná smrt – podmínky užití pro cizince⁸.

Ačkoliv základní otázky pod bodem a) a b) byly rozebrány v první části, přesto se k nim částečně na začátku tohoto textu vrátíme. Od vydání první části se totiž problematikou eutanázie zabýval Ústavní soud ČR v nálezu III. ÚS 1254/24 a přišel s právními názory, které je s ohledem na další diskuzi o návrhu zákona nutné stručně shrnout. V tomto textu se zaměříme na otázky uvedené v bodech a) až d) a f), vzhledem k tomu, že je považujeme za nejpodstatnější.⁹

1. ÚSTAVNÍ RÁMEC A VZTAH K PRÁVU NA ŽIVOT Z PERSPEKTIVY NÁLEZU ÚSTAVNÍHO SOUDU

Ústavní soud v citovaném rozhodnutí uvedl, že je vázán konkrétními okolnostmi projednávané věci a podstatou nároku, kterého se stěžovatel domáhal před civilními soudy, a tedy návrhem na souhlas s umožněním vyžádané aktivní eutanázie (bod 21 nálezu). Nevěnoval se tedy otázce pasivní eutanázie a asistovaného sebeusmrcení.

Ústavní soud se nejprve zabýval relevantním rozhodnutím Evropského soudu pro lidská práva (dále též „ESLP“) v této věci. Vzhledem k tomu, že tato rozhodnutí byla probírána v první části tohoto článku, uvádíme zde jen krátké shrnutí, které nabídl v bodech 35 a 36 svého nálezu:

„35. Závěry vyplývající ze shora citované judikatury lze shrnout následovně: a) z práva na život nelze dovodit právo na pomoc ke smrti ve zvolený okamžik; b) právo jednotlivce rozhodnout se, jakým způsobem a v jakém okamžiku ukončí svůj život, za předpokladu, že je schopen se o této otázce svobodně rozhodnout a jednat v souladu s tím, je jedním z aspektů práva na soukromý život ve smyslu článku 8 Úmluvy (viz rozsudek Haas proti Švýcarsku, cit. výše, bod 51); c) toto právo není absolutní a musí být váženo oproti protichůdným legitimním zájmům, především pozitivním závazkům státu

⁶ Při přípravě návrhu původně pracovalo s možnou změnou trestního zákoníku, aby byla jednak upravena skutková podstata usmrcení na žádost, jednak byla nastavena provázanost s trestním zákoníkem i v případě asistovaného sebeusmrcení. V době řešení návrhu nebylo Ministerstvem spravedlnosti doporučeno, aby se zasahovalo do trestního zákoníku, neboť by jeho změna byla v případě přijetí zákona upravujícího asistovanou smrt nadbytečná.

⁷ Návrh zákona vychází ze zásady autonomie na straně pacienta i na straně lékaře a z toho, že neexistuje právo na smrt. Eutanázie ani asistované sebeusmrcení nejsou v kontextu právního řádu zaváděny jako služba, na niž má pacient nárok, ale jako postup, podle něž je možné postupovat, aniž by bylo zasaženo do chráněného statku práva na život. V tomto smyslu tedy odmítnutí lékaře není vnímáno ani jako výhrada svědomí, protože na rozdíl od umělé interrupce není eutanázie ani asistence při sebeusmrcení zdravotní službou a lékař tedy může odmítnout, aniž by musel užít tento institut – proto ani není nutné provázání s (či vymezení se vůči) ustanovením § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

⁸ Z hlediska praktické rozumnosti bylo navrženo omezení, které má zabránit zatížení systému a „turismu“ za asistovanou smrtí. Návrh zákona upravuje situaci tak, že asistovanou smrt lze provést pacientovi, který je občanem České republiky a pacientovi, který je občanem jiného členského státu Evropské unie, pokud mu bylo uděleno povolení k trvalému pobytu na území České republiky na dobu neurčitou nebo na dobu nejméně pěti let (§ 11 odst. 2 návrhu zákona). Takovéto omezení je velmi podobné úpravě např. ve španělském i rakouském zákoně.

⁹ I vzhledem k rozsahu práce, neboť některé body by vyžadovaly samostatný článek.

vyplývající z práva na život, které vyžadují ochranu zranitelných osob před jednáním, které může ohrozit jejich život; d) jednotlivé členské státy mají v otázkách asistovaného sebeusmrcení a eutanázie široký prostor pro uvážení, který umožňuje jak trestně-politická rozhodnutí o omezení práva na rozhodnutí o vlastní smrti za asistence druhé osoby ve prospěch ochrany práva na život, tak na druhou stranu podmíněnou dekriminací eutanázie či asistovaného sebeusmrcení za přijetí dostatečných záruk ochrany práva na život.

36. ESLP podřazuje možnost svobodného rozhodnutí o konci vlastního života pod rozsah práva na soukromý život a související stížnosti posuzuje prizmatem článku 8 Úmluvy. V otázkách legalizace eutanázie a asistovaného sebeusmrcení ponechává značný prostor pro uvážení členských států a zdůrazňuje význam pozitivních závazků plynoucích z práva na život. Právo na eutanázii či na asistované sebeusmrcení ESLP ve své judikatuře nedovodil. Za porušení práva na soukromý život ESLP neoznačil nemožnost přístupu k lékařem asistovanému umírání ani ve velmi závažných případech stěžovatelů trpících nezvratným život ohrožujícím onemocněním (případ stěžovatele trpícího amyotrofickou laterální sklerózou), pro zajištění důstojného konce života však zdůraznil nezbytnost kvalitní paliativní péče, včetně přístupu k účinné léčbě bolesti (viz rozsudek ve věci *Dániel Karsai proti Maďarsku*, cit. výše).“

Z těchto závěrů pak vychází i ve své analýze svobodného rozhodnutí o vlastní smrti na úrovni Listiny základních práv a svobod¹⁰ (dále jen „Listiny“). Tu se snaží zkoumat ze dvou základních rovin – práva na život (bod 40 až 48) a práva na soukromí a respektování tělesné a duševní integrity (bod 49 až 64).

Ústavní soud podobně jako ESLP dovodil, že z práva na život podle článku 6 Listiny nelze dovodit právo na důstojnou smrt (tj. právo na ukončení života způsobem, který daná osoba vnímá subjektivně jako důstojný, a v okamžiku, jaký si zvolí).

Zároveň se ovšem, v protikladu k některým názorům v české odborné literatuře¹¹, vyjádřil Ústavní soud ČR jednoznačně k výkladu čl. 6 odst. 4 Listiny tak, že „z práva na život nelze dovodit absolutní zákaz eutanázie či asistovaného sebeusmrcení“. ¹² Ústavní soud rozvedl tento názor (bod 45) tak, že „Listina nevymezuje právo na život podle článku 6 jako právo absolutní (tj. absolutně neomezitelné). Naopak předpokládá jeho možná omezení v odstavci čtvrtém, jenž dává zákonodárci možnost stanovit okruh výjimečných případů, kdy jednání, jehož důsledkem bylo zbavení života, nebude trestné. Již z jazykového výkladu citovaného článku je zřejmé, že zákonodárce má v tomto ohledu

¹⁰ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod.

¹¹ HAVELEC, Tomáš. Eutanazie: Nejen (trestně)právní problém. In ŠAFR, Pavel, ed. *Iluze dobré smrti: eutanazie na šikmé ploše: sborník textů*. Praha: Fórum pro média, kulturu a civilizaci, 2024, s. 34-68, podobně již dříve PAVLÍČEK, Václav a kol. *Ústava a ústavní řád České republiky: komentář*. 2. díl, Práva a svobody. 2., vyd. Praha: Linde, 1999 a další, podrobněji v prvním díle tohoto článku.

¹² Ústavní soud došel k obdobnému závěru na základě analogické argumentace, jaká byla podrobně představena v první části tohoto článku.

možnost na podústavní rovině vyložit podmínky, za kterých bude omezení práva na život přípustné. ...“ Opět odkázal na rozhodovací praxi ESLP, konkrétně zejména a rozsudek *Mortier proti Belgii*.¹³

Dále se ústavní soud v předmětném rozhodnutí zabýval otázkou, zda svobodné rozhodnutí o čase a způsobu ukončení vlastního života spadá do rozsahu práva na soukromí. V rámci své úvahy dospěl k závěru, že otázka *„možnosti svobodného rozhodnutí o ukončení vlastního života spadá do rozsahu práva na respektování tělesné a duševní integrity podle článku 7 odst. 1 Listiny, obdobně jako ji lze na úrovni Úmluvy podřadit pod právo na soukromí podle článku 8 odst. 1 Úmluvy.“* Svou argumentaci odůvodnil jednak odkazem na rozhodnutí ESLP ve věci *Karsai proti Maďarsku*¹⁴, jednak i odkazem na judikaturu ústavních soudů v zahraničí¹⁵ s tím, že zahraniční soudy ve své judikatuře kladou stále větší důraz na ochranu sebeurčení a osobní autonomie v kontextu rozhodování o konci vlastního života v některých jurisdikcích. *„Možnost uskutečnění svobodného rozhodnutí o čase a způsobu ukončení vlastního života je spojována s právem na sebeurčení, ochranou lidské důstojnosti a tělesné a duševní integrity člověka. (čl. 64)“*

Ústavní soud ČR v konkrétním případě také uvedl, že ve věci aktivní eutanázie jde o hledání rovnováhy mezi ochranou soukromí a práva na respektování tělesné a duševní integrity na jedné straně a ochranou práva na život na straně druhé. Tímto hledáním *„je v první řadě pověřen zákonodárce, jehož nenahraditelnou úlohu nemůže Ústavní soud přebírat ani nahrazovat, a to i s ohledem na komplexitu posuzované otázky, její propojení s mimoprávními obory, a zejména její extrémní citlivost a zásadní dopad do hodnotového řádu společnosti. Ačkoliv tedy Ústavní soud nesmí zcela rezignovat na posouzení zásahu do práv stěžovatele, musí k přezkumu přistupovat s potřebnou zdrženlivostí.“*

Pro návrh zákona o eutanázii pak lze jako připouštějící podmínku citovat i závěrečný bod rozsudku (bod 89), kde se výslovně uvádí následující:

*„Jak bylo uvedeno, je úkolem zákonodárce hledat rovnováhu mezi právem na soukromí a respektování tělesné a duševní integrity a ochranou života. Je proto primárně jeho úlohou zvažovat, zda k optimálnímu naplnění těchto práv lze zvolit cestu legalizace asistovaného sebeusmrcení či eutanázie, případně za jakých podmínek a pro jaký okruh osob. Součástí životního příběhu člověka je i jeho konec. Stejně jako má každý člověk odlišnou představu o „dobrém“ životě, tak se mezi lidmi liší představy o jeho důstojném zakončení. Způsob odchodu ze života – jeho důstojnost, absence utrpení, zachování svého vlastního obrazu takového, jaký by si člověk přál, atd. – přitom může pro mnohé znamenat důležitý aspekt, podle kterého hodnotí charakter celého svého života. „Obáváme se, jak poslední etapa ... života ovlivní charakter ... života jako celku, podobně jako se obáváme, jak poslední scéna divadelní hry nebo poslední sloka básně ovlivní celé dílo.“ (Dworkin, R. *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. New York: Vintage Books, 1994, str.*

¹³ ESLP, *Mortier proti Belgii*. Rozsudek ze dne 4. října 2022, stížnost č. 78017/17.

¹⁴ ESLP, *Karsai proti Maďarsku*. Rozsudek ze dne 16. ledna 2024, stížnost č. 32312/23.

¹⁵ Výslovně zmiňuje rozhodnutí německého Spolkového ústavního soudu ze dne 26. 2. 2020 (2 BvR 2347/15 a další), rozhodnutí Ústavního soudu Rakouska ze dne 11. 12. 2020 (G 139/2019-71), rozhodnutí Ústavního tribunálu Španělska ze dne 22. 3. 2023 č. 4057/2021, rozhodnutí Ústavního soudu Itálie ze dne 25. 9. 2019 č. 242/2019, rozhodnutí Nejvyššího soudu Kanady ve věci *Carter proti Kanadě* (2015 SCC 5, ze dne 6. 2. 2015)

199). Právě v těchto základních otázkách, v nichž jedinec sám sebe definuje, určuje to, kým je, uskutečňuje své lidství, se projevuje osobní autonomie člověka. Zákodárce by měl mít tato východiska na paměti.“

2. MOŽNOSTI ZNEUŽITÍ EUTANÁZIE A ASISTOVANÉHO SEBEUSMRČENÍ Z POHLEDU ÚSTAVNÍHO SOUDU ČR

Ústavní soud ČR se v rozhodnutí III. ÚS 1254/24 také vyjádřil, že „v případě aktivní eutanázie (na rozdíl od asistovaného sebeusmrcení, pozn. autora) je riziko chyb a zneužití podstatně větší, zájem na ochraně před takovým zneužitím tak musí být o to silnější a konkrétní mechanismy ochrany o to robustnější.“

V daném rozsudku odkazuje na rozhodnutí ESLP Mortier proti Belgii. Podle tohoto rozhodnutí článek 2 Úmluvy nebrání vnitrostátním orgánům povolit nebo poskytnout eutanázii či asistované sebeusmrcení za podmínky, že je doprovází vhodné a dostatečné záruky, které zabrání zneužití, a zajistí tak dodržování práva na život. ESLP se zde (opětovně) vyjádřil tak, že členské státy mohou dekriminlizovat lékařskou pomoc při umírání, ale musí tak učinit způsobem, který zaručuje ochranu práva na život (článek 2).¹⁶

Konkrétněji to znamená, že platné právo: (a) jasně a pečlivě definuje rozsah práva požádat o lékařskou pomoc při umírání; (b) stanoví postup, který může zaručit, že žádost je dobrovolná; (c) obsahuje zvýšená ochranná opatření pro zranitelné osoby; a (d) přesně upravuje rozhodnutí, která musí osoby pověřené posouzením žádosti přijmout, aby zajistily splnění kritérií náležité péče.¹⁷

Právě naplnění uvedených záruk v českém návrhu zákona o eutanázii bylo přitom kritizováno ve Vyjádření Nejvyššího soudu ČR k návrhu poslanců Věry Procházkové, Lukáše Bartoně a dalších na vydání zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii (sněmovní tisk č. 924), sp. zn. Sleg 53/2020 (dále jen „Vyjádření NS Sleg 53/2020“)¹⁸ či ve Stanovisku vlády k návrhu poslanců Věry

¹⁶ ESLP, *Mortier proti Belgii*. Rozsudek ze dne 4. října 2022, stížnost č. 78017/17, kde v bodě 141 rozsudku ESLP výslovně uvádí, že v rámci pozitivních povinností státu chránit právo na život soud zohlední zejména následující otázky:

„(i) zda ve vnitrostátním právu a praxi existoval legislativní rámec pro postupy před eutanazií, který by splňoval požadavky článku 2 Úmluvy;

(ii) zda byl v projednávané věci legislativní rámec dodržen;

(iii) zda přezkum po eutanázii poskytoval všechny záruky požadované článkem 2 Úmluvy.“

¹⁷ Srovnej DE HERT, Marc; LOOS, Sien; VAN ASSCHE, Kristof. Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights (*Mortier v. Belgium* [no. 78017/17]). *European Psychiatry*. 2022, roč. 65, č. 1, článek e80, s. 1–2.

¹⁸ Srovnej následující citace: „...navržená úprava musí poskytovat odpovídající záruky, které však ve své podstatě neobsahuje...“ a dále „Zcela nedostatečná je pak ochrana společnosti před možnými zneužitími postupů podle navrhovaného zákona při předčasném ukončování života. Ochrana v podobě informování pacienta o jeho zdravotním stavu a ověření jeho stanoviska – viz § 13 písm. a) a c) návrhu zákona – se nejeví dostatečná, nadto při současné pouhé zpětné kontrole lékařských záznamů by byla zcela neefektivní. Není zde jakákoli záruka, že tento „vykonávající“ a případně „konzultovaný“ lékař se nemýlí, či dokonce že záměrně pacienta plně neinformují, nebo informují jej záměrně zkresleně,...“ a konečně „Zásadní je však velice problematické nastavení ryze

Procházkové, Lukáše Bartoně a dalších na vydání zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii (sněmovní tisk č. 924) (dále jen „Stanovisko vlády“).¹⁹

Lze říci, že český návrh vycházel z lucemburského zákona (a potažmo i belgického, který je v zásadních věcech podobný), pouze stanovil v některých ustanoveních přísnější kritéria než zmiňované legislativní úpravy. Například proti nizozemskému zákonu jsou tyto úpravy daleko podrobnější.²⁰ Česká navrhovaná úprava na ně navazovala, nicméně byla přísnější u podmínek procesu (plná svéprávnost, zletilost, navíc doplněná předběžná žádost) a zároveň u *ex post* kontroly²¹ využila nizozemský model, nikoliv belgický - kontrolní komise nepracuje s anonymními daty, ale naopak má plnou možnost nahlížet do zdravotnické dokumentace a tedy přezkoumat podrobně i faktickou (zejména medicínskou) stránku procesu eutanázie (nikoliv pouze formální).

Anonymizovaný přezkum byl přitom jediný problém, na který ESLP v kauze Mortier v. Belgie poukázal. Soud rozhodl, že belgický právní rámec upravující eutanázii (a to dokonce u pacientky s psychiatrickou poruchou) je dostatečný a splňuje podmínky vyžadované v čl. 2 EÚLP.

ESLP toto porušení shledal při přezkoumání kontrolního mechanismu po provedení eutanázie, a to jednak pro nedostatečnou nezávislost specializované revizní komise a dále pak pro přílišnou délku trestního vyšetřování. Komise zřízená k zajištění následné kontroly (tj. souladu každého případu eutanázie s kritérii náležité péče podle zákona o eutanázii), totiž plnila své úkoly pouze na základě anonymní části registračního dokumentu.

ESLP se k tomu kriticky vyjádřil, protože taková úprava umožnila lékaři, který byl členem kontrolní komise a podílel se na přezkoumávané eutanázii, aby o takové skutečnosti mlčel a hlasoval o slučitelnosti svého vlastního jednání s kritérii náležité péče podle zákona.²² Soud zdůraznil, že kontrolní systém tímto způsobem nezajistil nezávislost kontrolní komise. V důsledku rozhodnutí ESLP belgický zákonodárce novelizoval postup kontroly *a posteriori* stanovený v zákoně o eutanázii.

Ačkoliv český návrh vznikl před tímto rozsudkem, s touto negativní možností se vyrovnal, když kontrolní komise měla mít možnost nahlížet do spisu podrobně, a to včetně zdravotnické

formálního následného přezkumu provedeného usmrcení na žádost založeného na studiu písemné dokumentace postupu lékaře.“

¹⁹ Viz bod 13 stanoviska: „Vláda také považuje za nezbytné upozornit, že návrh zákona obsahuje velmi málo pojištění proti případnému omylu nebo přímo protiprávnímu jednání.“

²⁰ NYS, Herman a Maurice ADAMS. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*. 2003, roč. 11, č. 3, s. 353–376, podobně COHEN-ALMAGOR, R. Belgian euthanasia law: a critical analysis. Důvodem je to, že v nizozemském prostředí řada pravidel byla stanovena judikaturou a již nebyla ukotvena v zákoně z roku 2002, naopak v Belgii i Lucembursku musela být úprava podrobná.

²¹ O výhodách *ex ante* a *ex post* kontroly a možnosti jejich užití viz dále v tomto textu v samostatném oddíle tohoto článku.

²² De Hert M, Loos S, Van Assche K (2022). Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights (Mortier v. Belgium [no. 78017/17]). *European Psychiatry*, 65(1), e80, 1–2 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2342>, podobně Martin, S. (2023). The right to life at the end of life: A note on Mortier v Belgium App No. 78017/17, 4 October 2022. *Medical Law International*, 24(2), 128–141. <https://doi.org/10.1177/09685332231172755>.

dokumentace. Není tedy možné, aby v rámci *ex post* kontroly rozhodoval lékař, který by sám eutanázii prováděl. Z hlediska garancí vyžadovaných ESLP byl tedy návrh dostatečně ošetřen.

Přesto je zde vhodné zabývat se i druhou námitkou, která se v kritických dokumentech objevila – a sice tou, že i tak jsou pojistky navrženy v úpravě nedostatečné, neboť k provedení asistované smrti je potřeba pouze žádosti pacienta a souhlasu vykonávajícího lékaře, který musí splnit podmínky v zákoně.²³

Tato kritická připomínka zřejmě vychází z nesprávného chápání mechanismu odpovědnosti v případě provedení eutanázie či asistovaného sebeusmrcení. I v případě přijetí navrhovaného zákona totiž stále bude platit, že eutanázie – a obdobně i asistované sebeusmrcení – bude trestným činem, za který bude lékař odpovídat. Trestněprávně odpovědný nebude pouze v případě, že naplní veškeré podmínky stanovené v návrhu zákona. Pokud jakýmkoliv způsobem zneužije postup, bude, ostatně stejně jako v současné době, vystaven riziku trestního postihu za spáchání trestného činu vraždy (§ 140 TZ), resp. účasti na sebevraždě (§ 144 TZ).²⁴

V roce 2020, tedy v době, kdy byl návrh zákona podáván, byla úprava ve všech zemích upravujících asistovanou smrt velmi podobná a založená právě na individuální odpovědnosti a *ex post* kontrole. Teprve v roce 2021 nabyl účinnosti španělský zákon 3/2021, který jako první reguloval *ex ante* proceduru kontroly eutanázie po předchozím schválení komisí.²⁵ K výhodám a nevýhodám tohoto postupu se vyjádříme podrobněji níže v tomto článku.

Poslední kritická výtká spojená s možností zneužití eutanázie se týkala připravenosti české odborné společnosti na tento zákon. Lze shrnout do následujících tezí:

²³ Srovnej následující výňatek ze Stanoviska vlády: „13. Vláda také považuje za nezbytné upozornit, že návrh zákona obsahuje velmi málo pojištění proti případnému omylu nebo přímo protiprávnímu jednání. K provedení asistované smrti je třeba žádosti pacienta a souhlasu vykonávajícího lékaře. Fakticky jedinou pojistku pak představuje ustanovení § 13 odst. 1 písm. b) a § 16 písm. b) návrhu zákona, podle kterých má vykonávající lékař povinnost „ověřit trvalost a nesnesitelnost pacientova tělesného nebo duševního utrpení“. Nikde však není jasně a jednoznačně stanoveno, co se takovým ověřením rozumí. Ustanovení § 13 odst. 1 písm. d) a e) návrhu sice ukládají povinnost projednání s konzultovaným lékařem, respektive ošetřujícím týmem pacienta, absentuje však právní úprava situace, kdy ošetřující tým s provedením asistované smrti nesouhlasí. Provedení asistované smrti představuje konečný a nevratný zásah do práv osoby, která o její provedení požádá, přitom i fakticky méně závažné situace mají nastaveny mnohem silnější procedurální pojistky proti zneužití. Příkladem může být umístění dítěte do ústavní péče nebo provedení chirurgické kastrace.“ Ještě kritičtější je ve svém Vyjádření NS Sleg 53/2020 Nejvyšší soud, když uvádí: „Zcela nedostatečná je pak ochrana společnosti před možnými zneužitími postupů podle navrhovaného zákona při předčasném ukončování života. Ochrana v podobě informování pacienta o jeho zdravotním stavu a ověření jeho stanoviska – viz § 13 písm. a) a c) návrhu zákona – se nejeví dostatečná, nadto při současné pouhé zpětné kontrole lékařských záznamů by byla zcela neefektivní. Není zde jakákoli záruka, že tento „vykonávající“ a případně „konzultovaný“ lékař se nemýlí, či dokonce že záměrně pacienta plně neinformují, nebo informují jej záměrně zkresleně...“

²⁴ Srovnej podobnou argumentaci v člancích NYS, Herman a Maurice ADAMS. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*. 2003, roč. 11, č. 3, s. 353–376 nebo SAAD, Toni. Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review. *Issues in Law & Medicine*. 2017, roč. 32, č. 2, s. 183–196.

²⁵ RAMOS-POZÓN, Sergio. The Role of the Ethics Expert in Spanish Legislation on Euthanasia. *Monash Bioethics Review*. 2025, roč. 43, č. 1, s. 82–96.

- a) v českém medicínském prostředí nedostatečně respektujeme autonomii pacienta i v běžném rozhodování na konci života, proto bychom neměli povolit eutanázii, protože ani tam nebude autonomie respektována a bude docházet ke zneužití;
- b) kvalitní paliativní péče v ČR není pro pacienty obecně dostupná, proto není vhodné za těchto okolností přijímat eutanázii do českého právního řádu.²⁶

Obě tyto námitky lze považovat za nejzásadnější, nicméně z hlediska empirických výzkumů prováděných v zahraničí se v konečném důsledku nezdají být relevantní.

Argument, že legalizace eutanázie v prostředí s nízkým respektem k autonomii povede k užívání eutanázie bez projevení svobodné vůle pacienta, není potvrzen zahraničními daty. Naopak empirické průzkumy z Nizozemska a Belgie ukazují, že po přijetí zákona o eutanázii došlo k významnému posílení role kompetentního pacienta v rozhodování v závěru života, včetně komunikace s ním. V Nizozemsku bylo podle studie z doby po přijetí zákonů v roce 2002 diskutováno a spolurozhodováno s kompetentním pacientem v 92 %, v Belgii v 67% a ve Švýcarsku v 78 % případech, naopak v zemích bez asistované smrti to bylo následovně: v Itálii 42 %, ve Švédsku 38 %, v Dánsku 58%.²⁷ Z průzkumu v ČR týkající se projektu DECAREL (z roku 2021) vyplynulo, že jen v 10 % případů proběhla diskuze s pacientem o limitaci péče.²⁸

I proto návrh zákona počítal s tím, že by kromě eutanázie a asistovaného sebeusmrcení byla legislativně upravena i jiná rozhodnutí na konci života – tj. ukončení život udržující péče, nezahájení život udržující péče a hluboká paliativní sedace. Všechny tyto praktiky by měly mít nastaveny pevný právní rámec a povinné formální podmínky pro situace, které v medicínské praxi nastávají, ale nejsou řešeny.²⁹ Riziko nerespektování autonomie totiž existuje u všech rozhodnutí na konci života, nejen u eutanázie. Česká praxe v oblasti DNR, odpojení od přístrojové podpory či hluboké paliativní sedace

²⁶ Srovnej následující citaci ze Stanoviska výboru České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP k návrhu Zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii: „Z dat Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a dalších zdrojů (Slezáčková et al. 2021) vyplývá, že v ČR v roce 2025 není pacientům v závěru života kvalitní paliativní péče obecně dostupná. Za situace, kdy není kvalitní paliativní péče obecně dostupná a řada pacientů v závěru života tak zakouší nedostatečně ošetřený diskomfort a utrpení, je zavedení eutanázie do českého právního řádu a klinické praxe eticky i politicky nezodpovědný a nepřijatelný krok.“

²⁷ Tamtéž.

²⁸ Viz výzkum v projektu DECAREL. KUŘE, Josef, et al. Projekt DECAREL – Rozhodování o zdravotní péči v závěru života: shrnutí. Brno: LF MU, 2022. 11 s. Dostupné z: <https://www.med.muni.cz/media/3474498/projekt-decarel-shrnuti.pdf>.

²⁹ Lze poukázat také na to, že v Belgii byla eutanazie prokazatelně prováděna již před rokem 2002, a to v přibližně 4,5 % úmrtí, avšak bez právní opory a bez dohledových mechanismů. Legislativní úprava tuto praxi vyvedla z „šedé zóny“, čímž minimalizovala prostor pro skryté zneužití. Srovnej SAAD, Toni. Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review. *Issues in Law & Medicine*. 2017, roč. 32, č. 2, s. 184. Podrobněji ke statistikám v Belgii před nabytím účinnosti zákona též DELIENS, Luc, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*. 2000, roč. 356, č. 9244, s. 1806–1811.

ukazuje, že problém spočívá v absenci jasného právního rámce a standardizovaných postupů.³⁰ Řešením je tedy vytvoření integrované právní úpravy pro všechna rozhodování v závěru života.³¹

Druhý argument ukazuje na to, že pokud nemáme dostatečnou paliativní péči, neměli bychom přijímat eutanázii. Zdá se, že se stále vychází z myšlenky, že paliativní péče a eutanázie jsou protichůdné přístupy.³² Jak se ovšem ukazuje v nizozemské praxi, bývají často částí jednoho spektra péče o umírajícího pacienta. Proto nizozemská hodnotící komise zkoumá, zda byla paliativní péče pacientovi nabídnuta a zda byla reálně dostupná. Eutanázie se provádí pouze tehdy, pokud pacient paliativu odmítne nebo pokud nebyla schopna zmírnit jeho utrpení.³³

Konečně lze poukázat na to, že ani ve vyspělých medicínských systémech není možné garantovat úplné odstranění utrpení všem pacientům. Existují diagnózy a situace, kde paliativní intervence selhávají – například u některých neurodegenerativních onemocnění s postupnou ztrátou autonomie nebo u refrakterních symptomů, které nelze účinně kontrolovat. Zkušenosti z Beneluxu ukazují, že legalizace eutanázie vede k posílení paliativní péče.³⁴ Stát a zdravotnické instituce investují do rozvoje těchto služeb, aby byla zajištěna rovnováha mezi možnostmi péče a respektováním autonomní volby pacienta. Eticky i právně nelze pacienta nutit k pokračování v léčbě či k přijetí paliativní sedace proti jeho vůli.

Ve shrnutí, obě uvedené námitky, tj. nedostatečný respekt k autonomii a omezená dostupnost paliativní péče, nepředstavují argument proti legalizaci eutanázie, ale spíše argument pro systémové zlepšení rozhodovacích procesů a rozvoje péče na konci života. Empirická data z Beneluxu potvrzují, že legislativní rámec pro eutanázii nejen zvyšuje ochranu patientských práv, ale zároveň podporuje kvalitu paliativních služeb a transparentnost celého systému.³⁵ Komplexní právní úprava všech

³⁰ Např. Dierickx a kol. ve svém průzkumu zjistil, že v Belgii od přijetí zákona dekriminalizující eutanázii došlo k zpřísnění právních kritérií i u jiných procesů v rozhodování v závěru života. Byl dáván větší důraz na žádosti pacienta, konzultace s dalším lékařem a zapojení paliativních služeb (v roce 2013 až v 73,7 % případů). Srovnej DELIENS, Luc, Stefan DE HERT, Ilse CHAMBAERE a Kenneth CHAMBAERE. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*. 2000, roč. 356, č. 9244, s. 1806–1811.

³¹ Cohen-Almagor odkazuje na to, že v Belgii se mluví otevřeně o ukončování života kompetentních pacientů, zatímco jinde, ačkoliv se tato praxe a chování také objevuje, zůstává za „zavřenými dveřmi“. COHEN-ALMAGOR, Raphael. Belgian euthanasia law: a critical analysis. *Journal of Medical Ethics*. 2009, roč. 35, č. 7, s. 438.

³² Na tuto přetrvávající dichotomii lze poukázat například v dokumentu Rady Sekce pro etiku v paliativní péči ČSPM. Srovnej MILFAIT, René, et al. Komentář Rady Sekce pro etiku v paliativní péči ČSPM k otázkám souvisejícím s rozhodováním o péči v závěru života v kontextu „Návrhu zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii“. Datum 9. 5. 2025. [online]. 2025, 14 s. Dostupné z: <https://www.hospiccheb.cz/file.php?id=20437&oid=12410764>, citováno 1.8.2025.

³³ WIDDERSHOVEN, Guy. Euthanasia in the Netherlands: experience in a review committee. *Medicine and Law*. 2004, roč. 23, č. 1, s. 73–85.

³⁴ Srovnej následující článek, v němž autoři v empirické studii dospěli k závěru, který vyvrací hypotézu, že by legalizace asistované smrti mohla brzdit rozvoj paliativní péče. Naopak, legalizace se jevila jako podpůrný prvek pro expanzi paliativní péče CHAMBAERE, Kenneth - BERNHEIM, Jan L. Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care?: the Belgian and Benelux experience. *Journal of Medical Ethics*, 2015, roč. 41, č. 8, s. 657–660.

³⁵ Srovnej GRIFFITHS, John, Heleen WEYERS a Maurice ADAMS. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishing, 2008, s. 517. V této publikaci je poukázáno na to, že i kontrola jiných rozhodnutí na konci života je

rozhodnutí na konci života včetně asistované smrti může napomoci právní jistotě, etické konzistenci a ochraně autonomie pacienta.

3. FORMA ASISTOVANÉ SMRTI – AKTIVNÍ VYŽÁDANÁ EUTANÁZIE NEBO JEN ASISTOVANÉ SEBEUSMRČENÍ?

Návrh zákona pracuje s oběma formami asistované smrti – aktivní vyžádanou eutanázií a asistovaným sebeusmrčením.³⁶ U asistovaného sebeusmrčení byl pro účely právní praxe zvolen termín asistovaná sebevražda, protože tento termín je konzistentnější s termínem užívaným v českém právním prostředí v trestním zákoníku. Ten zná skutkovou podstatu účasti na sebevraždě (§ 144 TZ)³⁷, přičemž tato skutková podstata bude užívána v případě, kdy postup lékaře při asistované sebevraždě nebude podle podmínek stanovených zákonem. Z etického hlediska by jinak bylo nepochybně vhodnější užívat termín *sebeusmrčení* či *suicidium*, které v kořenu slova neobsahují termín „vražda“, který má negativní konotace. Co se týče eutanázie, pak za ni návrh zákona považuje pouze aktivní vyžádanou eutanázií, neboť zahrnutí např. pasivní eutanázie by vyneslo řadu úskalí již v samotné nejasnosti ohledně pojmu. Ostatně v legislativách jednotlivých států, které pracují se zákony umožňující eutanázií, je míněna právě aktivní eutanázie.

Návrh zákona definuje tato jednání následujícím způsobem:

- eutanázií se rozumí „*podání letálního prostředku lékařem pacientovi, jehož účelem je ukončení života pacienta na jeho výslovnou a dobrovolnou žádost*“,
- asistovanou sebevraždou se rozumí „*postup lékaře, který pacientovi pomůže k sebevraždě nebo mu poskytne prostředky k sebevraždě, a to na jeho výslovnou a dobrovolnou žádost*.“

v Nizozemsku, Švýcarsku a Belgii transparentnější než v jiných evropských zemích. Podrobněji k tomu i DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 248 a násl.

³⁶ Naprosto nesprávně mluví o třech nových způsobech asistované smrti v úpravě ve svém Vyjádření NS Sleg 53/2020 Nejvyšší soud. Toto pojetí bohužel vychází z jeho neznalosti současné medicínské praxe, když do „legálního průlomu do ochrany lidského života“ zahrnuje i terminální tišení bolesti, které považuje za něco „nového“. Zde bohužel vychází z neznalosti medicínskému prostředí, když hluboká paliativní sedace je běžnou medicínskou praktikou, vnímanou jako postup *lege artis*, která je přijímána a akceptována. Není ovšem nijak upravena (kromě Doporučení představenstva ČLK 1/2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli), což vede k praktickým problémům a právní nejistotě.

³⁷ § 144 TZ: „Účast na sebevraždě

(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“

Obě definice byly některými autory kritizovány³⁸. Z tohoto hlediska je nutné nastínit, jak s uvedenými definicemi pracují vybrané zákony v zahraničí, případně, jak jsou prezentovány v odborné literatuře.

V Nizozemsku je umožněna aktivní eutanázie i asistované sebeusmrcení, nicméně eutanázie není přímo definována v zákoně. To vychází z toho, že nizozemská praxe se zrodila v judikatuře a v odborných definicích. Asistované sebeusmrcení je definováno v zákoně o přezkumu ukončení života na žádost a pomoci při sebeusmrcení³⁹ v čl. 1 jako „úmyslné napomáhání druhé osobě při sebevraždě nebo opatřování prostředků pro tuto osobu k jejímu provedení“.

Eutanázie pak není zákonem definována, ale v praxi se pracuje s tou definicí, kterou v roce 1985 přijala nizozemská Státní komise pro eutanázii. Ta se objevila i v belgickém zákonu o eutanázii, který ji definuje v čl. 2 jako „úmyslné ukončení života jinou osobou na její dobrovolnou žádost“. Belgický zákon neobsahuje úpravu asistovaného sebeusmrcení, což v praxi přináší řadu problémů.⁴⁰ Lucemburský zákon vychází u eutanázie z obdobné úpravy jako belgický zákon, asistované sebeusmrcení naopak definuje obdobně jako zákon nizozemský. Odlišně upravují beztrestnost asistovaného sebeusmrcení ve dvanácti zemích USA⁴¹, kde se používá termín medicínská pomoc při umírání „*medical aid in dying*“. Zákony typicky popisují podmínky, při kterých není nápomoc při sebeusmrcení trestným činem, přičemž (přímá definice většinou abscentuje) se jedná o situaci, kdy lékař pacientovi předepíše smrtící lék a pacient jej sám užije.

V pozdějších návrzích definic, např. v návrhu zákona v Portugalsku⁴², v zákoně ve Španělsku⁴³ a také v zákoně v Kanadě⁴⁴, se u aktivní eutanázie využívá definice, která v sobě přímo zahrnuje „podání

³⁸ Např. Nejvyšší soud ve Vyjádření NS Sleg 53/2020 kritizuje obě definice, vláda ve Stanovisku vlády kritizuje definici pojmu asistované sebevraždy.

³⁹ *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, 2002.

⁴⁰ NYS, Herman a Maurice ADAMS. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*. 2003, roč. 11, č. 3, s. 355 a násl.

⁴¹ Porovnej informace na Death with Dignity National Center. State Statute Navigator. *Death with Dignity* [online], [cit. 2025-08-01]. Dostupné z: <https://deathwithdignity.org/resources/state-statue-navigator/>.

⁴² Zákon o lékařské pomoci při umírání byl schválen v roce 2023, nicméně portugalský ústavní soud dne 22. dubna 2025 (opětovně) rozhodl, že některá opatření v zákoně jsou protiústavní. „Asistovaná smrt“ je nicméně ústavním soudem považována za ústavní. Ústava kategoricky neukládá ani nezakazuje legalizaci asistované smrti, ale poskytuje zákonodárci prostor pro uvážení při porovnávání hodnot individuální svobody a lidského života, zejména v klinických situacích, které se vyznačují svou závažností, nezvratností a utrpením.“ Považují za zásadní, že se jedná o politický problém a že je na zákonodárci, „aby řešil trvalé napětí mezi protichůdnými ústavními hodnotami v oblasti života, charakterizovanými přetrvávajícím a rozumným nesouladem mezi občany“. Srovnej informace na následujících stránkách organizace Alliance Vita. *Portugal: The Constitutional Court has partly amended the euthanasia law* [online]. Alliance Vita; 2025-05-16 [cit. 2025-08-01]. Dostupné z: <https://www.alliancevita.org/en/2025/05/portugal-euthanasia-law/>.

⁴³ Zákon s názvem Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Anglické znění lze nalézt zde: Spain: Organic Law Regulating Euthanasia – English translation [online]. 2021 [cit. 2025-08-01]. Dostupné z: <https://wfrtds.org/wp-content/uploads/2021/03/Spain-law-EN.pdf>.

⁴⁴ První zákonná úprava lze nalézt zde: Parliament. Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) [online]. Ottawa: Parliamentary Information and

letálního přípravku, látky či drogy“.⁴⁵ Z těchto definic vyšel i český návrh, protože jsou podrobnější než nizozemská, belgická, či lucemburská úprava a jasně tak odlišují aktivní eutanázii od některých odlišných medicínských rozhodnutí v závěru života. Také definice asistované sebeusmrcení je v těchto zákonech spojeno s letální látkou, která je předepsána lékařem, či zdravotnickým pracovníkem a je aplikována samotným pacientem.⁴⁶ Švýcarsko ani Německo nemá definovanou asistovanou sebevraždu, vychází se z toho, že např. ve Švýcarsku je trestným činem pouze pomoc při sebevraždě ze zjištěných důvodů.⁴⁷ Rakouská úprava specifikuje pomoc (asistenci) jako „fyzickou podporu osoby, která si přeje zemřít, při provádění opatření ukončujících život, za pomoc se nepovažují lékařské informace nebo pomoc při vypracování žádosti o úmrtí“, podrobněji pak specifikuje postup zákon.

V oblasti asistovaného sebeusmrcení se český návrh inspiroval nizozemskou a lucemburskou úpravou, která je tentokrát obecnější, a to z důvodu možných specifických odlišných postupů v této oblasti u pacientů postižených neurodegenerativní chorobou. Nicméně přesný postup asistence měl být upraven podzákonným předpisem, který by postup upřesnil. Také v této definici nedochází k překrývání s jinými pojmy – rozhodnutími v závěru života.

Stávající návrh také reflektuje odbornou etickou i právní terminologii. Tradičně se v ní definuje aktivní vyžádaná eutanázie jako úmyslné usmrcení druhého aktivním jednáním na jeho výslovnou žádost, asistovaným sebeusmrcením pak situace, kdy jedna osoba pomůže jiné osobě při spáchání sebevraždy.⁴⁸ V české i zahraniční literatuře jsou tyto definice velmi podobné⁴⁹ a návrh zákona je s nimi v souladu.

Research Service, 2018 [cit. 1. 8. 2025]. 18 s. Dostupné z: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>. 2. Bill C-7 – novelizace podmínek MAID

Canada. Parliament. [online]. Ottawa: Parliamentary Information and Research Service, 2021 [cit. 1. 8. 2025]. Dostupné z: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>.

⁴⁵ Portugalsko: „Eutanazii se rozumí podání letálních léků lékařem nebo zdravotnickým pracovníkem řádně kvalifikovaným k tomuto účelu“, Španělsko: „Přímé podání (letální) látky pacientovi příslušným zdravotnickým pracovníkem“, Kanada: „Lékařská pomoc při umírání znamená (a) podání (letální) látky osobě na její žádost lékařem nebo zdravotní sestrou, která způsobí její smrt“.

⁴⁶ Portugalsko: „Lékařsky asistovanou sebevraždou se rozumí podávání letálních léků samotným pacientem pod lékařským dohledem.“ Španělsko: „Předepsání nebo dodání (letální) látky pacientovi zdravotnickým pracovníkem, aby si ji mohl pacient sám aplikovat a způsobit si tak vlastní smrt.“ Kanada: „Lékařská pomoc při umírání znamená (b) předepsání nebo dodání látky lékařem nebo zdravotní sestrou osobě na její žádost, aby si ji mohla sama aplikovat a tím si způsobit vlastní smrt.“

⁴⁷ K historické změně viz první část tohoto článku, kde je krátce pojednáváno o švýcarské i německé historii úpravy asistovaného sebeusmrcení. Podrobněji také v DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.

⁴⁸ HOPE, Robert. *Medical ethics: a very short introduction*. Oxford University Press: New York 2004.

⁴⁹ Pro srovnání uvádíme jen pár definic v odborné literatuře. Nejprve zahraniční definice aktivní vyžádané eutanázie: „Eutanazie je definována jako úmyslný čin provedený jednou osobou s úmyslem ukončit život jiné osoby, aby se jí zmírnilo utrpení.“ DICKENS, Bernard M. et al. Euthanasia and assisted suicide. In: SINGER, Peter A.; VIENS, Amaral Mason, eds. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2008, s. 72, „dobrovolná eutanázie je jednání, které způsobuje smrt pacienta na jeho žádost“ HERRING, Jonathan. *Medical Law and Ethics*. 9. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2022, s. 620, „Termín eutanázie by měl být užíván pro ukončení života motivovaného ze soucitu, dobrovolné, rychlé a bezbolestné, a to pro osobu,

Další otázkou související s formou asistované smrti je otázka morální přípustnosti jednotlivých forem, případně jejich morálních odlišností. Například Ústavní soud ČR v již zmiňovaném rozhodnutí č. III. ÚS 1254/24, které se zabývalo aktivní eutanázií, vyjádřil v bodu 72 názor, že z morálního hlediska může být aktivní vyžádaná eutanázie jednáním závažnějším a morálně problematičtějším, než je asistované sebeusmrcení.⁵⁰

Z tohoto hlediska se nutně vyjevuje otázka – není vhodnější rozlišovat mezi těmito formami a zvolit do právního řádu pouze jednu z nich? Respektive, je morálně ospravedlnitelné, že např. ve státech USA je asistované sebeusmrcení přípustné a eutanázie nikoliv? Když některé osoby (např. osoby trpící ALS a jinými neuro-degenerativními chorobami) nemohou úspěšně podstoupit asistovanou smrt ve formě asistovaného sebeusmrcení? Existuje morálně signifikantní rozdíl mezi aktivní vyžádanou eutanázií a asistovaným sebeusmrcením?⁵¹ Zdá se, že v odborné literatuře se ukazuje, že většina zastánců aktivní vyžádané eutanázie považuje za morálně přípustné i asistované

která je postižena neléčitelnou a postupující nemocí. ”, BOYD, Kenneth M., Roger HIGGS a A. J. PINCHING, eds. The New Dictionary of Medical Ethics. London: BMJ Publishing, 1997. O problémech těchto definic srovnej kupř. BEAUCHAMP, Tom L. Euthanasia: Some Problems of Definition and Justification. Ethics. 1979, roč. 89, č. 3, s. 360–370, nebo WREEN, Michael. The Philosophical Problem of Euthanasia. Ethics. 1988, roč. 98, č. 3, s. 517–532. V českém prostředí definuje dobrovolnou eutanázii např. Josef Kuře jako vyžádanou smrt z rukou lékaře, přičemž lékař medicínskými prostředky (letální dávkou jedu či léku) usmrtí kompetentního pacienta, který si od lékaře usmrcení vyžádá a podstoupí ho dobrovolně a s rozmyslem – viz KUŘE, Josef. Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti. Praha: Academia, 2018, s. 84. Černý definuje eutanázii jako podání letálního prostředku pacientovi, pro nějž platí, že 1. úmyslem lékaře je usmrcení pacienta zvoleným prostředkem, 2. hlavním cílem lékařova jednání je řešit utrpení pacienta, 3. podaný prostředek je skutečně příčinou smrti pacienta. ČERNÝ, David. Eutanazie a dobrý život. Praha: Filosofia, 2021, s. 34. Při definování asistovaného sebeusmrcení můžeme znovu poukázat na definici u Josefa Kuře, který ji definuje jako situaci, „kdy A usmrtí A za pomoci B. Druhá osoba (B) pouze poskytuje pomoc, usmrcuje A, a to sebe sama, nikoliv někoho druhého. B může být kdokoli (krom A).“ KUŘE, Josef op. cit. s. 104. David Černý asistované sebeusmrcení definuje jako „aplikaci letálního prostředku pacientovi, pro niž platí: 1. Pacient si tento prostředek aplikuje s úmyslem ukončit jeho prostřednictvím svůj život. 2. Hlavním cílem pacientova jednání je řešení jeho utrpení. 3. Podaný prostředek je skutečně příčinou smrti pacienta, 4. Lékař poskytuje pacientovi příslušný prostředek, aby mu umožnil / usnadnil jeho sebeusmrcení.“ ČERNÝ, David, op. cit. V zahraniční literatuře definuje v krátké verzi Hope, podle nějž asistované sebeusmrcení (asistovaná sebevražda) je „situace, kdy jedna osoba pomůže jiné osobě při spáchání sebeusmrcení.“ HOPE, Robert, op. cit.

⁵⁰ Bod 72: „Stěžovatel chce docílit toho, aby mu byla umožněna aktivní vyžádaná eutanázie, která na rozdíl od asistovaného sebeusmrcení předpokládá konkrétní aktivní jednání druhé osoby přímo vedoucí k usmrcení člověka. Domáhá se tak nejzazšího prostředku k naplnění své osobní autonomie v kontextu rozhodování o vlastní smrti. Z hlediska posuzování přiměřenosti lze požadavek dostupnosti aktivní eutanázie považovat za závažnější a morálně problematičtější, než požadavek umožnění asistovaného sebeusmrcení. V obou případech sice druhá osoba pomáhá nastavit podmínky k usmrcení, pouze v případě aktivní vyžádané eutanázie však je přímým původcem smrti člověka. Tím je zároveň znesnadněna možnost přehodnocení rozhodnutí o vlastní smrti až do chvíle, kdy k uskutečnění takového rozhodnutí skutečně dojde. Z povahy věci vyplývá, že v případě aktivní eutanázie je riziko chyb a zneužití podstatně větší, zájem na ochraně před takovým zneužitím tak musí být o to silnější a konkrétní mechanismy ochrany o to robustnější.“

⁵¹ Např. český návrh zákona o důstojné smrti senátorky Václavy Domšové z roku 2008 akceptoval obě formy asistované smrti – aktivní vyžádanou eutanázii i asistované sebeusmrcení. Nicméně aktivní eutanazie byla až subsidiárním doplňkem pro případy, kdy osoba není sama schopna ukončit svůj život ani za asistence lékaře. Tento přístup tedy jednoznačně rozlišoval formu aktivní vyžádané eutanázie a formu asistovaného sebeusmrcení, přičemž druhý způsob považoval za morálně či sociálně přijatelnější.

sebeusmrcení, naopak odpůrci odmítají obě formy. Jen málo autorů přijímá asistované sebeusmrcení a odmítá aktivní eutanázii. To ovšem nesnižuje důležitost otázky.

V níže uvedené tabulce najdeme základní morálně relevantní distinkce (zdůrazňujeme jejich morální složku, nikoliv trestněprávní pojetí, aby nedošlo k terminologickým nesrovnalostem). Zabývat se budeme těmi oblastmi, kde shledáváme určitý rozdíl, který by mohl mít důsledky v tom smyslu, že by bylo vhodné upřednostnit pouze jednu formu asistované smrti při její úpravě v zákoně.

MORÁLNĚ RELEVANTNÍ FAKTOR	ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA (PAS)	VYŽÁDANÁ AKTIVNÍ EUTANÁZIE (AE)	SHODNOST / ROZDÍL
Úmysl (<i>intention</i>)	Pomoc pacientovi při jeho sebeusmrcení (poskytnutím prostředku, který pacient sám použije)	Usmrcení pacienta (přímou aplikací letálního prostředku).	Rozdíl – u PAS lékař má úmysl napomoci úmrtí, u eutanázie přímo usmrtit
Motiv (<i>motive</i>)	Zmírnit utrpení, naplnit autonomní přání pacienta.	Zmírnit utrpení, naplnit autonomní přání pacienta.	Shoda
Následek (<i>consequence</i>)	Smrt pacienta nastává po jeho vlastním aktu (užití léku).	Smrt pacienta nastává po aktu lékaře.	Shoda
Kauzalita (<i>causality</i>)	Smrt je následkem jednání pacienta (ale za asistence lékaře).	Smrt je následkem jednání lékaře .	Rozdíl
Forma jednání (<i>act vs. omission</i>)	Akt ze strany pacienta , lékař poskytuje prostředek.	Akt ze strany lékaře .	Rozdíl v jednajícím subjektu, nikoliv v omisi či jednání (významné spíše pro rozlišení AE a pasivní eutanázie)
Znalosti a předvídatelnost (<i>foreseeability</i>)	Obě strany vědí , že jednání povede k úmrtí.	Obě strany vědí , že jednání povede k úmrtí.	Shoda
Dobrovolnost (<i>voluntariness</i>)	Zřejmá – pacient sám rozhoduje, zda a kdy lék použije.	Zřejmá – pacient sám rozhoduje a souhlasí s provedením úkonu.	Shoda

Z tabulky je zřejmé, že faktické rozdíly můžeme spatřovat v *intenci* a *kauzalitě*. Zjevný rozdíl spočívá v tom, kdo je kauzálním aktérem. Proto například Gerald Dworkin přímo uvádí: „Z definice, existuje pouze jeden deskriptivní rozdíl mezi asistovaným sebeusmrcením a eutanázií. Leží v tom, kdo provádí poslední kauzální akt vedoucí k smrti. V případě asistovaného sebeusmrcení je to pacient, v případě eutanázie lékař. To obnáší, že pouze ve druhém případě jedna osoba zabije druhou. Mnoho lékařů má proto silný pocit, že to činí eutanázii více problematickou, že odpovědnost silněji leží na lékaři než v případě asistovaného sebeusmrcení. Ale je jen obtížné popsat, proč by tomu tak skutečně mělo být.“⁵²

Dworkin nevidí z hlediska morální teorie žádný rozdíl, z praktického hlediska ovšem upozorňuje, že tu může být – protože lékaři mají právě onen hluboký instinkt o vyšší míře odpovědnosti a nepřípustnosti aktivní eutanázie. Zároveň se zamýšlí, zda systém eutanázie není náchylnější ke zneužití.

Frances Kammová také zdůrazňuje rozdíl v příčině, kromě toho zmiňuje i rozdílnou intenci.⁵³ Rozdíl v příčině je zřejmý, je to lékař, kdo je přímou *faktickou příčinou* pacientovy smrti, byť na jeho výslovnou žádost. U asistovaného sebeusmrcení je *poslední příčinou* jednání pacienta. Ačkoliv je i zde jednání lékaře *conditio sine qua non* smrti pacienta, pacient má možnost přerušit svým volným jednáním kauzální řetězec.⁵⁴ Oproti Dworkinovi se Kammová domnívá, že faktický rozdíl může mít způsobit i morálně relevantní distinkci.

Také *intence* u lékaře může být podle Kammové odlišná.⁵⁵ U aktivní eutanázie je přímou intencí lékaře *ukončit* život pacientovi. U asistovaného sebeusmrcení je to jinak. Lékař pouze *může* mít úmysl ukončit život pacienta, ale nemusí tomu tak být. Lékařův úmysl může spočívat v tom, že ponechá pacientovi volnost rozhodovat o svém životě a své smrti.⁵⁶ Keown tedy dopad tohoto faktického rozdílu pro způsobení v distinkci morálního hodnocení jednání problematizuje.⁵⁷

⁵² DWORKIN, Gerald. Physician Assisted Death: The State of the Debate. In: STEINBOCK, Bonnie, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2007, část 16, s. 391.

⁵³ KAMM, Frances. Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death. In BATTIN, Margaret P., RHODES Rosamond, SILVERS, Anita. *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York, London: Routledge, s. 30 a násl.

⁵⁴ Srovnej HART, Herbert Lionel Adolphus a Anthony Maurice HONORÉ. *Causation in the Law*. 2. vydání. Oxford: Clarendon Press, 1985.

⁵⁵ U pacienta musí být v obou případech shodná, pacient se musí dobrovolně a úmyslně rozhodnout pro ukončení svého života. KAMM, Frances. Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death. In BATTIN, Margaret P., RHODES Rosamond, SILVERS, Anita. *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York, London: Routledge, s. 30 a násl.

⁵⁶ KAMM, Frances. Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death. In BATTIN, Margaret P., RHODES Rosamond, SILVERS, Anita. *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York, London: Routledge, s. 30 a násl.

⁵⁷ „...faktický rozdíl mezi úmyslným ukončením života pacienta a úmyslnou asistencí při pacientově ukončování vlastního života může být zanedbatelný. Jaký je například rozdíl mezi lékařem, který pacientovi podává smrtící pilulku a v jednom případě ji umístí na jeho jazyk, a v druhém případě ji upustí pacientovi přímo do krku? Kde končí asistované sebeusmrcení a začíná aktivní eutanázie? Je proto pochopitelné, že mnozí docházejí k závěru, že z rozdílu mezi oběma formami asistované smrti, i když jej lze dovést ve fyzickém světě, má v morálním světě jen

Podobně pro řadu dalších autorů rozdíl v kauzální aktérství ani intenci nemá morálně signifikantní dopady.⁵⁸ V obou případech totiž volba plně spočívá na pacientovi, který může změnit svůj názor až do zahájení smrtelného procesu, který je dále již nevratný.⁵⁹ Pacient má vždy svobodu přerušit kauzální linku před spuštěním smrtelného procesu jakýmkoliv svým aktem, slovním, či nonverbálním jednáním.

Přesto někteří autoři morální rozdíl vidí v následujících bodech: zaprvé tvrdí, že u asistovaného sebeusmrcení existuje vyšší míra kontroly pacienta, který až do konce má celý proces „ve svých rukách“, za druhé pak i odpovědnost za následek jednání má on, protože provádí poslední akt. Lékař je u této formy odpovědný pouze za pomoc při aktu úmrtí, zatímco při aktivní eutanázii přímo za úmrtí.⁶⁰ Třetí zmiňovaný důvod má psychologický charakter – např. podle Johna Deigha je mnohem složitější usmrtit sám sebe než nechat to na jiném. Aktivní sebeusmrcení vyjadřuje skutečné odhodlání a vůli ukončit svůj život. Proto je v tomto aktu výraznější prvek dobrovolnosti a více je respektována skutečná autonomie pacienta.⁶¹

Z našeho hlediska není ani jeden těchto důvodů důvodem ospravedlňujícím odlišné posuzování eutanázie a asistovaného sebeusmrcení pro případ zavedení beztrestnosti pouze pro asistované sebeusmrcení. Jednání může být morálně přípustné (dovolené nebo povinné), morálně nepřípustné (zakázané), nebo morálně indiferentní (tj. nemající morálně relevantní charakter).⁶²

Jak eutanázie, tak i asistované sebeusmrcení považujeme za morálně přípustné z hlediska základní perspektivy individuálně prožívané kvality života, autonomie a vnímání důstojného prožívání vlastního života⁶³ – tj. na základě toho, jak daný jedinec sám subjektivně hodnotí svou existenci, své utrpení, a schopnost vést smysluplný život.

Pokud člověk trvale a nesnesitelně trpí (míněno nejen bolest, ale obecně utrpení) bez naděje na zlepšení, je udržování života proti jeho vůli kontraproduktivní z hlediska jeho *welfare*.⁶⁴ Zdá se totiž, že základní hodnoty, na základě nichž je dovozována přípustnost nebo nepřípustnost eutanázie, jsou

nepatrný význam (pokud vůbec existuje)." KEOWN, John. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018, vyd. 2., s. 18.

⁵⁸ Srovnej kupř. MCMAHAN, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 460 a násl.

⁵⁹ BROCK, Dan V. Voluntary Active Euthanasia. *The Hastings Center Report*. 1992, vol. 22, no. 2, s. 10-22.

⁶⁰ Také trestněprávní doktrína v řadě států dlouhodobě rozdíl mezi asistencí při sebeusmrcení a usmrcením na žádost a ze soucitu vnímá, když sankce za druhé jednání byla tradičně vyšší. Je ovšem problematické určit, zda to není spíše z důvodů odlišného vývoje těchto dvou institutů než z jejich skutečného srovnávání na základě morálního rozlišení.

⁶¹ DEIGH, John. Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: Some Relevant Differences. *Journal of Criminal Law and Criminology*. 1988, vol. 88, no. 3, s. 1155-1165.

⁶² Srovnej podobně BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2013, s. 11.

⁶³ Včetně toho, že za podstatné vnímáme i subjektivní prožívání a vnímání života, nikoliv pouze biologického života.

⁶⁴ ČERNÝ, David. Eutanazie a dobrý život: proč je eutanazie (někdy) morální. *Vnitřní lékařství*, 2018, roč. 64, č. 3, s. 236–244.

shodné jako hodnoty u asistovaného sebeusmrcení – tj. autonomie, kvalita života, subjektivně vnímaná důstojnost, subjektivně prožívaný život, zamezení nesnesitelnému utrpení.⁶⁵ Z toho hlediska jsou buď morálně přípustná obě jednání nebo žádná.

Jednou z možností, jak by bylo ospravedlnitelné hájit z normativního hlediska opodstatnění rozdílu by byla aplikace doktríny tzv. principu *minimálně invazivního zákroku*. Tento princip můžeme chápat jako vyjádření určité etické obezřetnosti: nejsme-li si jistí tím, jsou-li určité prostředky k naplnění cíle (každý individuálně) morálně přípustné, měli bychom volit ten, který je nejméně morálně kontroverzní, jenž minimálně narušuje lidské *welfare*.⁶⁶ Někdo by tedy mohl z hlediska psychologického, a z hlediska kauzálního aktérství navrhnout použití pouze mírnějšího prostředku (asistovaného sebeusmrcení), pokud zajistí shodný morálně přijatelný následek (bezbolestné úmrtí a ukončení utrpení).

Tak by tomu mohlo být, pokud by se bylo asistované sebeusmrcení použitelné pro veškeré situace umírajících pacientů. Např. Dworkin správně poukazuje na praktický problém u pacientů s ALS a jinými neurodegenerativními chorobami, kterým systém nemusí umožnit důstojný odchod prostřednictvím asistovaného sebeusmrcení a je proto pro ně přijatelné pouze řešení prostřednictvím aktivní vyžádané eutanázie.⁶⁷ Pokud bychom přijali pouze jednu z forem asistované smrti, mohl by se systém legislativy jevit jako diskriminační vůči určité skupině vulnerabilních jedinců.⁶⁸

Odlišnost v právní úpravě by mohla být ospravedlnitelná i v takovém případě, kdy by empirická data svědčila tomu, že byt obě jednání budeme považovat za morálně ekvivalentní a přijatelná, mají ve společnosti odlišné sociální důsledky.

Z tohoto hlediska se nabízejí následující empirické argumenty, které by mohly ospravedlnit prioritu asistovaného sebeusmrcení před aktivní eutanázií

⁶⁵ Srovnej kupř. následující autoři: „*Být nucen žít život, který člověk považuje za nesnesitelný, když existují lékaři, kteří jsou ochotni buď ukončit něčí život, nebo mu pomoci ukončit vlastní život, je nepopsatelným porušením svobody jednotlivce žít – a zemřít – tak, jak uzná za vhodné.*“ BENATAR, David. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology*, 2011, roč. 18, č. 5, s. 206–207. „*Pokud se od léčby jednoduše upustí, může pacientovi trvat déle, než zemře, a proto může trpět více, než kdyby byl podniknut žádný přímý zásah a podána smrtící injekce. Tato skutečnost poskytuje silný důvod k domněnce, že jakmile je učiněno počáteční rozhodnutí neprodlužovat jeho utrpení, je aktivní eutanázie ve skutečnosti lepší než pasivní eutanázie...*“ RACHELS, James. Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*. 1975, roč. 292, č. 2, s. 79.

⁶⁶ ČERNÝ, David. Paliativní sedace jako alternativa k eutanazii. In: KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 346.

⁶⁷ DWORKIN, Gerald. Physician Assisted Death: The State of the Debate. In: STEINBOCK, Bonnie, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2007, část 16, s. 391.

⁶⁸ „*Pokud však odmítneme přípustnost aktivní eutanázie, fakticky upíráme toto právo těm, kteří jsou natolik postižení, že si nemohou vzít život, a to ani s pomocí druhých. Aby se tito lidé mohli vyhnout nesnesitelné existenci, je nutné, aby je někdo jiný zabil. Pokud zakážeme ostatním je zabíjet, když existují jiní, kteří jsou ochotni tak učinit, zhoršujeme už tak strašlivé útrapy, které tito lidé musí snášet. Někteří zastánci práv osob se zdravotním postižením proto s velkou pravděpodobností tvrdí, že politika, která povoluje sebeusmrcení, ale zakazuje aktivní eutanázii, nespravedlivě diskriminuje osoby se zdravotním postižením.*“ McMAHAN, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

- a) asistované sebeusmrcení nabízí lepší ochranu před zneužitím⁶⁹;
- b) psychologické aspekty – skutečné odhodlání, a tedy i skutečně autentické přání ukončit svůj život v případě asistovaného sebeusmrcení;
- c) možný rychleji narůstající počet pacientů využívajících aktivní eutanázii oproti nárůstu o asistovaného sebeusmrcení.

Co se týče ochrany před zneužitím, obě metody nabízejí shodné mechanismy ochrany – informovaný souhlas, opakovanou dobrovolnou žádost, opakované rozhovory s pacientem, konzultaci s druhým lékařem a ošetřujícím týmem, opakované ověřování nesnesitelnosti utrpení a závažnosti zdravotního stavu, záznamy žádostí do zdravotnické dokumentace, zpracování vyjádření lékaře a následné zprávy, která je kontrolována komisí. Konečně až do poslední chvíle může pacient aplikaci látky odmítnout, vykonávající lékař se musí před její aplikací zjišťovat pacientův názor. Podobně je tomu i asistovaného sebeusmrcení, kdy pacient do poslední chvíle může pomoc odmítnout.

Druhý argument, odkazující na psychologické aspekty, který spočívá v tom, že asistované sebeusmrcení je psychologicky odlišné od eutanázie, protože více reflektuje jeho autentické přání proto, že finální čin provádí pacient, zatím není podložen relevantními empirickými daty. Naopak, v provedených studiích se zatím žádné rozdíly neprojevíly.⁷⁰

Odlišení hodnocení jednání lékaře se pak opírá o naše intuitivní představy, že vyšší odpovědnost neseme za aktivní jednání, nikoliv pouze za nápomoc. Tyto představy jsou však podle mnoha studií kognitivně zkreslené a kulturně podmíněné.⁷¹ Proto neopodstatňuje rozdílné právní nebo etické zacházení s oběma formami usmrcení na žádost. Umožnění obou variant může naopak podle některých autorů podpořit psychický klid u umírajících pacientů.⁷²

Konečně někdy bývá uváděno, že podle empirických dat, narůstá výrazněji počet pacientů využívajících asistovanou smrt ve státech, které umožňují aktivní eutanázii, než je tomu ve státech, kde je dovoleno pouze asistované sebeusmrcení. Byť srovnání počtu pacientů by samo o sobě nebylo relevantní (zkoumáme odlišné země, odlišné kultury, odlišný právní rámec), významná odchylka při měření nárůstu počtu pacientů užívajících jednu z forem asistované smrti by mohla být varovným signálem. I z toho důvodu je vhodné prozkoumat data ze zahraničí. Ke srovnání jsme si vybrali

⁶⁹ Např. DWORKIN, Gerald. Physician Assisted Death: The State of the Debate. In: STEINBOCK, Bonnie, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2007, část 16, s. 391.

⁷⁰ Srovnej kupř. BATTIN, Margaret P., Agnes VAN DER HEIDE, Linda GANZINI, Gerrit VAN DER WAL a Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*. 2007, roč. 33, č. 10, s. 591–597. Rozhodnutí o smrti je v obou případech výsledkem dlouhodobého a informovaného procesu. Psychologicky relevantní proto není samotný „akt aplikace“ smrtící látky, ale vědomí a rozhodnutí smrt přijmout, které se formuje dlouhodobě a je obdobné u obou přístupů.

⁷¹ Viz např. CYR, Taylor W. *Moral Responsibility for Actions and Omissions: A New Challenge to the Asymmetry Thesis*. *Philosophical Studies*. 2017, vol. 174, s. 3153–3161

⁷² SINGER, Peter. Voluntary euthanasia: A utilitarian perspective. *Bioethics*. 2003, roč. 17, č. 5–6, s. 531.

Nizozemsko⁷³ a Belgii (pro aktivní eutanázii) na jedné straně a Švýcarsko⁷⁴, a americké státy⁷⁵ Oregon, Kalifornii a Washington (kde je větší počet zkoumaných případů) pro asistované sebeusmrcení.

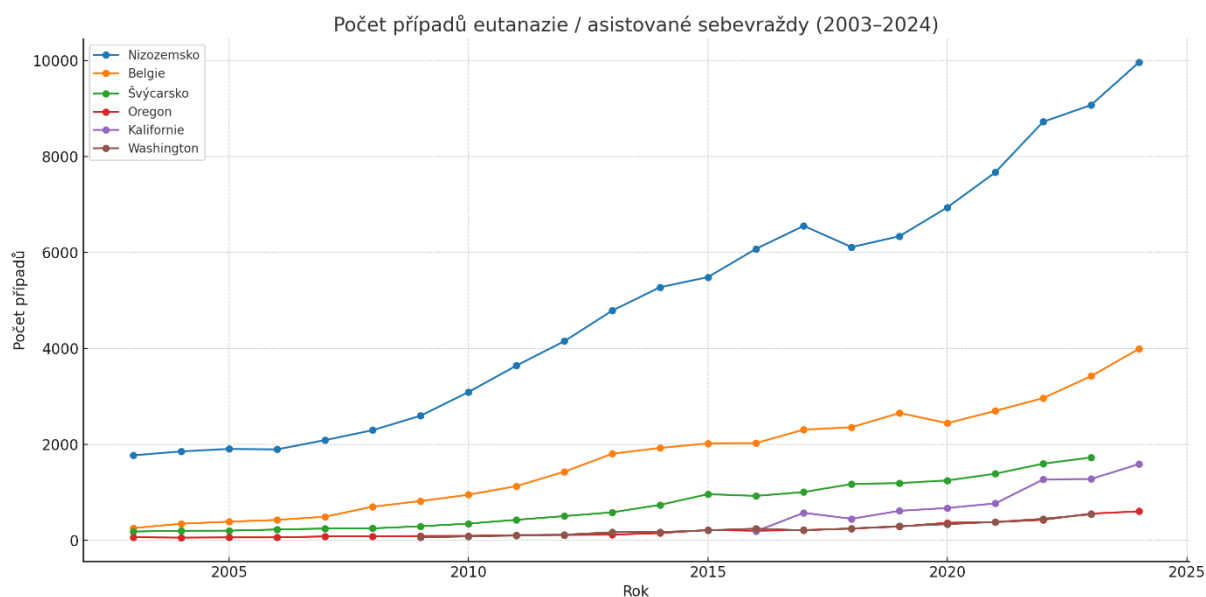
⁷³ Zajímavé je, že v případě Nizozemska, které umožňuje obě formy asistované smrti, naprosto převládá volba aktivní eutanazie. V roce 2019 bylo hlášeno 6092 žádostí o ukončení života formou aktivní vyžádané eutanazie (95,8% z celkového počtu), naproti tomu pouze 245 žádostí o asistované sebeusmrcení (3,9%) a 24 oznámení zahrnujících kombinaci obou (0,4%). Podobně tomu bylo i v roce 2018, kdy z 5.898 pacientů zvolilo eutanazii, 212 asistované sebeusmrcení a 16 kombinaci. Z těchto čísel je zřejmé, že pacienti preferují aktivní vyžádanou eutanazii. Je tomu tak i v jiných zemích Beneluxu. Kombinace těchto dvou nastane, pokud v případě asistované sebeusmrcení pacient požije letální látku, kterou mu předá lékař, ale nezemře ve lhůtě dohodnuté mezi lékařem a pacientem. Data jsou využita z nizozemských každoročních zpráv publikovaných na internetu. Srovnej Annual report 2019. dostupné na <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>.

⁷⁴ Údaje z Swiss Federal Statistical Office. *Cause of death statistics 2023*. Neuchâtel: Swiss Federal Statistical Office, 16 December 2024. Dostupné z: <https://www.bfs.admin.ch>. Dlouhodobý nárůst počtu asistovaných sebeusmrcení je ve Švýcarsku. V období 1999–2018 bylo zaznamenáno 8738 případů PAS. Počet případů výrazně rostl – z 63 případů v roce 1999 na více než 1000 případů v roce 2017. Podíl PAS na všech úmrtích vzrostl z 0,2 % (1999–2003) na 1,5 % (2014–2018). Nejčastější příčina žádosti o PAS: rakovina (41 % případů, častější u mužů – 48,8 % vs. 35,2 % u žen). Další časté diagnózy: neurodegenerativní onemocnění (13 %), kardiovaskulární choroby (3 %), duševní poruchy (2,4 %). PAS ve Švýcarsku je nejen legální, ale i široce společensky akceptovaná. Nárůst PAS ve Švýcarsku je stabilní a dlouhodobý, ale stále nepředstavuje masový fenomén. V roce 2003 bylo zaznamenáno 187 případů PAS, v roce 2018 již 1 176. Většina případů byla realizována prostřednictvím dvou největších organizací – Exit (většinově švýcarští rezidenti) a Dignitas. Srovnej také MONTAGNA, Guido, Claudia GAMONDI a Gian Domenico BORASIO. Long-term development of assisted suicide in Switzerland: Analysis of a 20-year experience (1999–2018). *Swiss Medical Weekly* [online]. 2023, roč. 153, čl. w30260. Dostupné z: <https://doi.org/10.4414/smw.2023.w30260>, a také STECK, Nicole, Claudia JUNKER, Marcel ZWAHLEN, et al. Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open*. 2018, roč. 8, e020992.

⁷⁵ State Report Navigator. *Death with Dignity National Center* [online]. 2024 [cit. 2025-08-01]. Dostupné z: <https://deathwithdignity.org/resources/state-report-navigator/>.

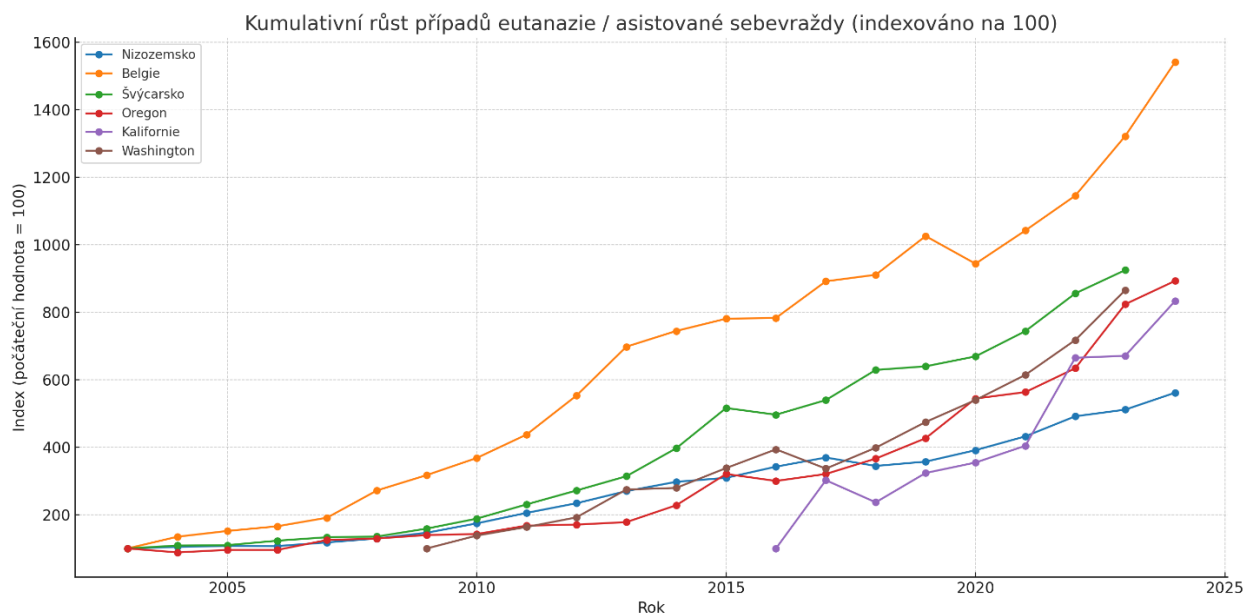
	Nizozemsko	Belgie	Švýcarsko	Oregon, preskripce	Or. úmrť	Kalifornie, preskripce	Kal. úmrť	Washington, preskripce	Was. úmrť
2003	1774	259	187	68	42				
2004	1855	349	203	60	37				
2005	1908	393	205	65	38				
2006	1897	429	230	65	46				
2007	2090	495	249	85	49				
2008	2298	704	253	88	60				
2009	2599	822	297	95	59			63	36
2010	3092	953	352	97	65			87	51
2011	3642	1133	431	114	71			103	70
2012	4150	1432	508	116	85			121	83
2013	4787	1807	587	121	73			173	119
2014	5275	1928	742	155	105			176	126
2015	5485	2022	965	218	135			213	166
2016	6072	2028	928	204	133	191	111	248	192
2017	6553	2309	1009	218	143	577	374	212	164
2018	6110	2359	1176	249	168	452	337	251	203
2019	6337	2656	1196	290	188	618	405	299	225
2020	6938	2444	1251	370	245	677	435	340	252
2021	7666	2699	1391	383	238	772	486	387	291
2022	8720	2966	1600	431	278	1270	853	452	363
2023	9068	3423	1729	560	367	1281	884	545	427
2024	9958	3991		607	476	1591	1032		

Tabulka 1.: Počty případů eutanázie nebo asistovaného sebeusmrcení. U amerických států je uveden počet preskripcí letálních látek a počet skutečných úmrtí na základě asistovaného sebeusmrcení.



Graf 1.: Počet případů eutanazie / asistované sebevraždy (2003–2024)

Z příložené tabulky (tabulka 1) je vidět, že počet eutanázií i asistovaných sebeusmrcení přibývá. Pokud vnímáme pouze počet případů (viz graf 1), zdá se, že nárůst v Nizozemsku a Belgii je větší a mohlo by se to jevit jako varovný signál. Pokud ovšem vezmeme v potaz nikoliv celkový počet, ale procentuální nárůst, pak se ukazuje, že nárůst počtu je poměrně obdobný (viz graf 2). Největší nárůst je sice v Belgii, ale za ní je Švýcarsko a až na posledním místě je Nizozemsko.



Graf 2.: Kumulativní růst případů eutanazie / asistované sebevraždy (indexováno na 100)

V období od roku 2003 do roku 2023 došlo v Nizozemsku k nárůstu případů o 411,16 %, ve Švýcarsku o 824,60 % a v Belgii o 1.221,62 %, v Oregonu pak o 773,81 %. Nelze tedy jednoznačně usoudit, že by forma asistované smrti měla vliv na faktický nárůst jejích počtů.

Z toho důvodu lze odkázat pouze na morální rozdíly. Máme za to, že morální rozdíly nejsou tak morálně signifikantní, aby byla diskriminována jedna ze skupin umírajících (např. osoby s nevyléčitelnými neurodegenerativními chorobami), a aby byla přijímána pouze jedna forma asistovaného usmrcení.

4. EUTANÁZIE A ASISTOVANÉ SEBEUSMRCENÍ (ASISTOVANÁ SMRT) - ODLIŠNOSTI OD BĚŽNÉ MEDICÍNSKÉ PRAXE

Velmi kritické ohlasy k návrhu zákona se ozývaly zejména na to, že došlo ke spojení právní úpravy paliativní péče s asistovanou smrtí.⁷⁶ Zejména se namítalo, že paliativní péče a asistovaná smrt představují „*fundamentálně odlišné koncepty*“ z právního i etického hlediska a jejich propojení by mohlo vést „*k nežádoucímu směřování těchto konceptů, které mají rozdílné právní základy a vyžadují odlišný legislativní přístup*“.⁷⁷

Jak již bylo naznačeno výše, velká část odborné literatury vnímá oba koncepty v závěru života za propojené⁷⁸, případně se vyjadřuje k srovnávání těchto možností v rozhodování v závěru života.⁷⁹ Ve

⁷⁶ Srovnej Stanovisko vlády: „V obecné rovině vláda nepovažuje za vhodné spojování právní úpravy paliativní péče s asistovanou sebevraždou nebo eutanázií, neboť jejich účel je zcela odlišný. Paliativní péče je zaměřena na zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí, přičemž její poskytování nemusí být vůbec spojeno s terminálním stádiem onemocnění.“

⁷⁷ Viz Stanovisko Výboru České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP: „Zásadně odmítáme, aby byla paliativní péče, rozhodování v závěru života a eutanázie řešeny jedním zákonem. Zdůvodnění: 1. Paliativní péče a eutanázie představují fundamentálně odlišné koncepty z právního i etického hlediska. Zatímco paliativní péče je všeobecně akceptovaný přístup zaměřený na zmírnění utrpení a zvýšení kvality života, eutanázie představuje usmrcení pacienta, což vyvolává zásadní právní, náboženské a etické kontroverze. Spojení těchto témat v jednom zákoně by mohlo vést k nežádoucímu směřování konceptů, které mají rozdílné právní základy a vyžadují odlišný legislativní přístup. 2. Společné legislativní uchopení by mohlo vést k mylnému spojování paliativní péče s eutanázií v očích veřejnosti. To by mohlo způsobit, že pacienti a jejich rodiny budou vnímat paliativní péči jako „předstupeň k eutanázii“ a nikoliv jako komplexní přístup ke zlepšení kvality života. Takové vnímání by mohlo odrážet pacienty od vyhledání potřebné paliativní péče ze strachu, že je to „první krok k ukončení života“. 3. Každá z těchto oblastí vyžaduje specifické institucionální zázemí, odborné znalosti, kontrolní mechanismy a způsob financování. Zatímco paliativní péče je v ČR součástí zdravotního a sociálního systému vyžadující multidisciplinární přístup a specializovaný personál, případná dekriminalizace eutanázie by vyžadovala zcela odlišný systém právních pojmů, kontrolních mechanismů a specifických procedur.“

⁷⁸ Srovnej kupř. argumentaci zde: RIISFELDT, Thomas D. Euthanasia and Assisted Suicide Are Compatible with Palliative Care and Are Not Rendered Redundant by It. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2023, roč. 32, č. 2, s. 254–262.

⁷⁹ Zde nemáme empirická data, nicméně lze poukázat např. na studii INBADAS, Hamilton, José Miguel CARRASCO a David CLARK. Representations of palliative care, euthanasia and assisted dying within advocacy declarations. *Social Science & Medicine*. 2020, roč. 260, 113177, kde se poukazuje na velký počet deklarací řešící tato rozhodování v závěru života a vymezující se vůči sobě (nebo naopak poukazující na shody).

většině států, které přijímaly eutanázii, došlo i k paralelnímu přijetí zákonů podporujících paliativní péči – rozdíl byl pouze formální, zákony byly rozděleny.

Na základě mnoha argumentů v odborné literatuře nejsme přesvědčeni, že by distinkce mezi paliativní péčí a asistovanou smrtí byly natolik nepřekonatelné,⁸⁰ že by nemohly být upraveny v jednom zákoně. Někteří zastánci oddělující teze argumentují, že paliativní péče a asistovaná smrt jsou neslučitelné, protože (1) asistovaná smrt je v rozporu se základní historickou rolí lékaře jako léčitele, (2) mají odlišné cíle.

Co se týče prvního argumentu, tradičně bývá odkazováno na Hippokratovu přísahu. Nicméně interpretace textu „*nepodám nikomu smrtící prostředek*“ není sama o sobě tak jednoznačná, jak se na první pohled zdá. Kolektiv autorů zkoumající hippokratovské spisy, poukazuje na to, že toto spojení je sémanticky nejasné. Interpretace, která pro všechny lékaře zakazuje provádět eutanázii, je sama o sobě problematická, opomíjí kontext doby sepsání Přísahy.⁸¹ Z pozdějších historických spisů se naopak zdá, že v některých případech byla asistovaná smrt u lékaře v antice morálně přijatelným jednáním.⁸²

Byť křesťanská doktrína přímo odporuje přípustnosti usmrcení, nejpozději od 16. století se v náboženských spisech objevují zmínky o aktivní přípravě na dobrou smrt. V souvislosti s předmoderní paliativní péčí se tu můžeme setkat s termínem, *euthanasia medica*. Mluví se o ní v situaci, kdy lékař doprovází umírajícího, mírní jeho bolest a lidsky jej provází posledními okamžiky. Francis Bacon využívá pro obdobné provázení využívá termín *euthanasia exteriori*. Oproti tomu má dobrá smrt přicházet rovněž zevnitř ve formě péče o duši umírajícího, tzv. *euthanasia interiori*.⁸³

Ač se ani v jednom případě nejedná o termín spojený s dnešním chápáním *aktivní eutanazie*, hlavním cílem bylo zmírňování symptomů a napomáhání k šetrné smrti. Přijatelná byla taková péče i za cenu případného *zkrácení života*. Přitom i tato *paliativní péče* byla v tu dobu vnímána v rozporu s běžným obrazem, podle kterého je medicína definována svou schopností léčit nemoc a uchovávat život.

Z určitého hlediska ještě v druhé polovině dvacátého století byla eticky problematizována rozhodnutí o *odpojení od přístrojové podpory*,⁸⁴ rozhodování o *limitaci* péče (např. rozhodnutí o

⁸⁰ Viz argumentace v článku RIISFELDT, Thomas D. Euthanasia and Assisted Suicide Are Compatible with Palliative Care and Are Not Rendered Redundant by It. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2023, roč. 32, č. 2, s. 254–262.

⁸¹ Srovnej k tomu HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek, ed. a FISCHEROVÁ, Sylva, ed. Vybrané spisy. I. Praha: OIKOYMENH, 2012, s. 162 a násl.

⁸² PRIORESCHI, Plinio. *A History of Medicine: Roman medicine*. Volume 3 of *A History of Medicine*. Lewiston, NY: Mellen, 1996.

⁸³ STOLBERG, Michael. *A History of Palliative Care, 1500–1970: Concepts, Practices, and Ethical Challenges*. Philosophy and Medicine 123. Cham; New York: Springer International Publishing, 2017, s. 20 a násl.

⁸⁴ Srovnej řadu právních případů, které zkoumaly možnost takového odpojení z hlediska profesní morálky i práva. Např. případy *In re Quinlan*, (1976), *Cruzan v. Director* (1990), *Schiavo ex rel. Schindler v. Schiavo*, (2005). Podrobně k těmto případům viz DOLEŽAL, Adam – DOLEŽAL, Tomáš. Právní perspektiva rozhodování o zdravotní péči v závěru života. In KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 259 a násl.

nezahájení kardiopulmonální resuscitace, DNR), rozhodování o ukončení výživy a ukončení hydratace,⁸⁵ či rozhodnutí o hluboké paliativní sedaci. Ač se dnes jedná o běžné praktiky, ve své době byly považovány za činy, které hrubě porušují etiku Hippokratovy Přísahy a doktrínu posvátnosti lidského života.⁸⁶ Patricia Brophy, manželka pacienta, který upadl do perzistentně vegetativního kómatu a u nějž navrhovala upuštění od život udržující přístrojové podpory (odpojení od umělé ventilace) poukázala na to, že její přání bylo zpočátku považováno za zcela nehumánní a proti profesní etice⁸⁷.

Lze za uvedených historických okolností a při evolutivním vývoji medicíny ospravedlnit oddělovací tezi na základě odlišného teleologického vnímání cílů léčby? Základní vnímání cíle medicíny se dá opět vysledovat v Hippokratově Přísaze: „*Nyní pojednám o lékařském umění – jej se přeci naše řeč týká – a nejprve se pokusím vymezit, co rozumím lékařstvím: úplně zbavovat nemocné utrpení, zeslabovat intenzitu nemocí a nezasahovat v případech, kdy nemoc již získala naprostou převahu, s vědomím, že to vše je v moci lékařského umění.*“⁸⁸

Z této definice vychází i podobnost cílů, kterou zdůrazňují zastánci teze, která okruhy rozhodování v závěru života tematicky spojuje: hlavní snahou je *mírnit utrpení* pacienta, situace je taková, že *kurativní péče vyčerpaná*, její další smysluplné užívání je problematické a pouze prodlužuje utrpení pacienta. Důraz v závěru života směřuje k hodnotám člověka, které jsou spojené s jeho autonomií, subjektivním vnímáním kvality života, představou o smysluplnosti možných opatření, včetně možnosti rozhodnout se o neprodlužování zbytečného strádání.

Mírnění bolesti je natolik zásadním cílem pro paliativní péči, že jednou z možností jejího utlumení je i hluboká paliativní sedace, která je (v současné době většinově) vnímána jako morálně dovolené jednání. Odstranit bolest lze tedy i za cenu navození hlubokého bezvědomí, což ale přináší zásadní omezující důsledky pro samotného člověka.

Dochází totiž k zásahu do některých podstatných prvků jeho lidství jako jsou vědomí, zkušenosti, prožitky, vnímání vlastního aktérství; tj. v souhrnu k omezení jeho vědomého a subjektivně prožívaného života (*biographical life*). V hlubokém bezvědomí se člověk stává pouhým objektem, jemuž se pouze *něco děje*.⁸⁹ Je otázkou, zda skutečnou újmou není právě ztráta tohoto subjektivně vnímaného a prožívaného lidského života. Kromě toho lze dodat, že v některých situacích bývá hluboká paliativní sedace spojená s možností ukončení umělé výživy či s ukončením umělé hydratace, přičemž

⁸⁵ Bouvia v. Superior Court (California, 1986).

⁸⁶ Srovnej FLETCHER, Joseph Francis. *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*. Boston: Beacon Press, 1969, s. 172 a násl.

⁸⁷ ZUCKER, Marjorie B.; ZUCKER, Howard D. (eds.). *Medical Futility: And the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997, s. 20.

⁸⁸ HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek, ed. a FISCHEROVÁ, Sylva, ed. *Vybrané spisy*. I. Praha: OIKOYMENH, 2012, s. 311.

⁸⁹ ČERNÝ, David. Paliativní sedace jako alternativa k eutanazii. In: KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 366.

cílem je opět ukončení utrpení pacienta.⁹⁰ I když je v odborné literatuře poukazováno na faktické distinkce mezi touto praxí a asistovanou smrtí (zejména aktivní eutanázií)⁹¹, řada autorů polemizuje s tím, že by se jednalo o morálně signifikantní distinkce.⁹²

Je také vhodné znovu upozornit, že jednotlivé možnosti paliativní péče nemusí být pacienty vnímány jako přijatelné pro jejich důstojné dožití. Jednou z důležitých rolí v pojetí důstojnosti a důstojného umírání (jak již bylo rozebráno výše) může být pro řadu pacientů i pocit sebe-kontroly svého života a sebe-určování vlastní smrti. Pro řadu pacientů může být jejich autonomní rozhodování o závěru života spojeno s jejich bytostným přesvědčením o autentické jedinečnosti jejich osoby, s níž propojují vlastní lidský charakter, vlastnosti a své životní cíle.⁹³

Z výše uvedeného máme za to, že paliativní péče a asistované umírání by neměly být považovány za protichůdné instituty, ale za možné varianty pacientovy volby v závěru života. Spojený právní rámec s transparentními postupy, nezávislým dohledem a souladem s normami v oblasti lidských práv, by mohl učinit rozhodnutí na konci života transparentnější a zajišťující větší právní jistotu jak na straně lékaře, tak na straně pacienta. Primárním cílem paliativní péče nemá být zabránit eutanázii,⁹⁴ ale poskytovat dobrou péči v závěru života s respektem k hodnotám a přáním pacienta.⁹⁵

Zde shrnuté argumenty měly prokázat, proč paliativní péče a asistovaná smrt nejsou v protikladu. Nyní budou rozebrány nejpodstatnější důvody pro spojení paliativní péče, rozhodnutí o asistované smrti a dalších rozhodnutích v závěru života v návrhu zákona o asistované smrti, které jsou následující:

⁹⁰ Rachels k tomu uvádí, že aktivní eutanázie může být v řadě případů přijatelnějším a humánnějším řešením. Srovnej RACHELS, James. Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*. 1975, roč. 292, č. 2, s. 79.

⁹¹ Srovnej ČERNÝ, David. Paliativní sedace jako alternativa k eutanázii. In: KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 335–380.

⁹² Srovnej kupř. KUHSE, Helga. *Why Terminal Sedation Is No Solution to the Voluntary Euthanasia Debate*. In: TÄNNSJÖ, Torbjörn (ed.). *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004, s. 57–70. Podrobné shrnutí těchto názorů v české odborné literatuře viz HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021., s. 193–226.

⁹³ „[...] v krátkosti, nechci, aby se mnou bylo zacházeno jako s někým bez vlastní individuality, bez toho, aniž by byla dostatečně rozpoznána má jedinečnost. Nechci být vnímán jako součást určitého amalgámu, jako statistická jednotka bez identifikovatelných, konkrétně lidských vlastností a vlastních cílů. Jedná se o degradaci, proti které bojuji [...].” BERLIN, Isaiah; HARDY, Henry (ed.); HARRIS, Ian (ed.). *Liberty: Incorporating Four Essays on Liberty*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 173.

⁹⁴ ALEKSANDROVA YANKULOVSKA, Snezhana. Palliative care and euthanasia – are they mutually exclusive? *Revista Română de Bioetică*. 2008, roč. 6, č. 4, s. 19–28.

⁹⁵ „Co kdybyste se na konci svého života mohli rozhodnout, kdy a kde přesně zemřete? Co kdybyste místo umírání sami uprostřed noci na nemocničním lůžku mohli být doma v čase, který si sami vyberete? Mohli byste se rozhodnout, kdo s vámi bude v pokoji, kdo vás bude držet za ruku nebo objímat, když budete opouštět tuto Zemi? A co kdyby lékař mohl zajistit, aby vaše smrt byla pohodlná, klidná a důstojná? Co kdybyste si mohli naplánovat poslední rozhovor se všemi, které milujete? Možná už nikdy nebudete na smrt pohlížet stejně.” GREEN, Stefanie. *Assisted: A Doctor's Story of Assisting Death and Embracing Life*. Sydney: Allen & Unwin, 2022. To jsou slova lékařky provádějící eutanázii.

- a) *deklarace nároku na paliativní péči* jako primárního nároku v závěru života, včetně nutnosti zahrnutí jeho hrazení do veřejného zdravotního pojištění;
- b) *jasné hranice pro právní odlišení asistované smrti a jiných rozhodnutí v závěru života*, včetně nastavení jasných kritérií pro tato rozhodování, včetně vymezení, za jakých okolností jsou postupem *lege artis*;
- c) *jasné nastavení postupů pro asistovanou smrt*, ale i pro jiné rozhodování na konci života.

Deklarace nároku na paliativní péči byla v návrhu zákona spojena i s rozšířením definice paliativní péče, aby odpovídal rámci, v němž se paliativní péče pohybuje. Paliativní péče v návrhu zákona byla specifikována v souladu s definicí WHO, která je širší než definice v současném zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách.⁹⁶ Takto deklarovaný nárok měl zdůraznit i důležitost vnímání paliativní péče v závěru života, včetně toho, že pacienti, kteří uvažují o eutanázii, by nejprve měli mít možnost seznámit se s alternativami, které nabízí paliativní péče.

Co se týče jasného rozlišení asistované smrti a jiných rozhodnutí v závěru života, považujeme to za důležité, ač rozdíly u některých z nich (např. hluboké paliativní sedace a asistované smrti) nepovažujeme za *morálně* signifikantní.

Jejich právní distinkce je ovšem nepochybně důležitá, ostatně i pro vymezení současné praxe, která by měla jiná rozhodnutí v závěru života dovolovat, což ale není stále jednoznačně přijímáno. Význam tohoto zdůrazníme v kontextu problematického Vyjádření Nejvyššího soudu ČR č. j. Sleg 53/2020. Pokud bychom právní názor v něm uvedený měli totiž brát za právně relevantní stanovisko soudu, pak by to pro medicínskou praxi v závěru života mělo velmi negativní dopady.

Zde je kritická pasáž, která je vhodná k přezkoumání:

„Přesto se nezdá, že by na možnosti uspíšení smrti nebo dokonce úmyslného usmrcení na žádost usmrcované osoby (či snad i bez ní, jak se z návrhu podává) byla všeobecná shoda. Lze jen připomenout, jakou vášnivou diskusi vyvolával návrh trestního zákoníku v roce 2004, který obsahoval v § 115 privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu usmrcení na žádost (tisk č. 744/0), která byla jedním z důvodů nepřijetí zákona jako celku a kterou i proto návrh trestního zákoníku z roku 2008 (tisk č. 410/0) již neobsahoval (přitom šlo o trestný čin, který měl pouze poněkud mírnější trestní sazbu oproti jiným případům úmyslného usmrcení). Dokonce se uvádí, že dosud není bezvýhradně společností (odbornou i laickou) akceptována myšlenka, že není třeba poskytovat tzv. marnou a neúčelnou léčbu, která byla návrhem zákona označena ne zcela přiléhavě cizím slovem s poněkud jiným obsahem „neadekvátní“⁹⁷

⁹⁶ Srovnej obě definice - § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: „*paliativní péče (je péče, pozn. autora), jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.*“ Definice v návrhu zákona o asistované smrti: *paliativní péčí se rozumí „aktivní, soustavná a koordinovaná péče, která 1. je poskytována pacientovi v zdravotnickém zařízení nebo ve vlastním sociálním prostředí, 2. je zaměřena na pokrytí fyzických, psychických a duchovních potřeb pacienta, včetně léčby bolesti a dalších symptomů, a 3. má za cíl zajistit co nejlepší kvalitu života pro pacienta, zachovat jeho důstojnost a pomoci osobám jemu blízkým.“*

⁹⁷ Termín *neadekvátní* měl být nastaven jako termín pro „*Medically inappropriate treatment*“ a nahrazovat problematizovaný termín medicínské marnosti. Vhodnějším termínem by zřejmě bylo použít termín

(např. takzvané odpojení od přístroje, což by též mohlo být vnímáno jako aktivní jednání, tj. konání, směřující ke smrti, jejíž je bezprostřední příčinou).“

A dále:

„Především návrh zákona počítá vedle tzv. paliativní péče se třemi režimy předčasného ukončení života, a sice s tzv. terminálním tišením bolesti, asistovanou sebevraždou a eutanázií. Přitom z návrhu zákona vůbec nevyplývá, že by eutanázie (usmrcení na žádost) měla být tzv. ultima ratio, tedy jediné možné východisko pro pacienta, u něhož alternativa paliativní péče (zejména paliativní sedace) není přijatelná, a dokonce se počítá s tím, že pacient i přes odpor lékařů si může svoji smrt vynutit či přímo i „vysoudit“.“

Názory v těchto odstavcích problematizují současnou medicínskou praxi a pokud by měly být akceptovány jako východiska, vznesly by do paliativní praxe velkou nejistotu. Za prvé zde Nejvyšší soud ČR problematizuje *limitaci péče* prostřednictvím rozhodování o *medicínské marnosti*. Za druhé problematizuje také praxi medicínské *hluboké paliativní sedace* jako možného jednání, které v současné době právní předpisy neumožňují. Konečně problematizuje i možnost *odpojení od přístrojové podpory*.

Nejvyšší soud totiž ve svém Vyjádření NS Sleg 53/2020 *hlubokou kontinuální paliativní sedací*⁹⁸ považuje za jeden z režimů aktivního předčasného ukončení života, a tedy zřejmě (alespoň jak to vyplývá z kontextu) za protiprávní jednání.

Nedostatečné rozlišení paliativní sedace a odpojení od přístrojové podpory na jedné straně od asistované smrti na straně druhé vede Nejvyšší soud ČR v jeho Vyjádření NS Sleg 53/2020 k závěru, že podle navrhované úpravy by si pacient mohl svou smrt vysoudit. Tak tomu ale podle návrhu zákona není. Podle něho lze pouze přezkoumat u uvedených rozhodnutí na konci života to, zda se skutečně jedná o medicínskou nepřiměřenost či nikoliv (resp. zda je názor o medicínské nepřiměřenosti oprávněný). Procedurální možnost řešit názorové neshody mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, případně jeho zástupci tak, že je v konečném důsledku možné obrátit se na soud, je totiž vyžadována ESLP, což ukázal v řadě svých rozhodnutí (Lambert v. Francie, Glass v. Spojené Království).⁹⁹ Ve svých rozsudcích č. j. 25 Cdo 961/2021 a sp. zn. 25 Cdo 1055/2023 se Nejvyšší soud ČR k medicínsky marné léčbě vyjádřil odlišně, jako k postupu, který není *lege artis* (ostatně tento závěr podpořil i Ústavní soud ČR).

„nepřiměřená péče“. Nicméně termín neadekvátní byl použit jako legislativní zkratka a byl jednoznačně vymezen v definici, a to v souladu s moderní terminologií.

⁹⁸ V návrhu zákona je nazývána jako terminální tišení bolesti, aby byla odlišena od jiných typů paliativní sedace. K jednotlivému rozlišení paliativní sedace srovnej ČERNÝ, David. Paliativní sedace jako alternativa k eutanazii. In: KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 340 a násl.

⁹⁹ Kritizováno bylo také to, že zákon nemá nastavené procesní postupy pro takový typ rozhodování – vzhledem k velmi dlouhé legisvakanci lhůtě bylo ovšem počítáno s tím, že tento typ rozhodování bude upraven dalšími změnami v procesních předpisech.

Konečně lze zdůraznit, že hlavním cílem by mělo být nastavení jasných principů a pravidel při postupech týkajících se asistované smrti. Stejně tak je ale důležité nastavení jednoznačných postupů i v jiných rozhodnutích na konci života, aby se nestaly nástrojem libovůle jednotlivých lékařů. I neoprávněná paliativní sedace, i neoprávněné nezahájení život udržující péče nebo neoprávněné ukončení život udržující péče mají totiž stejně fatální důsledky¹⁰⁰.

Nastavení právních norem regulujících proceduru pro rozhodování situací v závěru života a ukotvujících možnost pacienta (ev. rodinných příslušníků) obrátit se na soud ovšem je naprosto nezbytná, vzhledem k opakovaným rozhodnutím ESLP, nehledě na možnou otázku úpravy asistované smrti. Pokud zůstane otázka dalších rozhodnutí v závěru života neupravená, může to zároveň způsobit praktické problémy, na což poukazují např. Adams a Nys, kteří kritizují tuto absenci v nizozemském i belgickém zákoně.¹⁰¹

5. KONTROLA DODRŽOVÁNÍ ZÁKONŮ – OTÁZKA FUNGOVÁNÍ KOMISÍ (EX POST NEBO EX ANTE)? POROVNÁNÍ MODELŮ – VÝHODY A NEVÝHODY

Z řad odborníků byla kritizována i nedostatečná kontrola dodržování zákonných postupů v případě asistované smrti. Asi nejjasněji formuloval tuto kritiku ve svém Vyjádření NS Sleg 53/2020 Nejvyšší soud: „...Předkladatelé zvolili tzv. nizozemský model, který ovšem v odborné literatuře není příliš preferován, a zavádí se především zpětná, tzv. aposteriorní kontrola, která se na první pohled nejeví být zcela účinnou obranou proti možným zneužitím tohoto institutu, nadto právě v Nizozemí s mnohem propracovanějšími pravidly je podle odborné literatury i v tomto směru shledáván největší nedostatek právní úpravy...“¹⁰²

Odhlédneme-li od toho, že úprava v návrhu byla daleko podrobnější než v Nizozemsku (a to v důsledku toho, že nizozemská praxe se formulovala v judikatuře, viz výše v tomto textu), zásadní námitka spočívá v tom, zda nastavit komise na *ex ante* nebo *ex post* kontrolu. Ačkoliv v době návrhu zákona (2019–2020) neexistovala žádná právní úprava¹⁰³, která by zaváděla *ex ante* kontrolu¹⁰⁴, i tato otázka byla v době vypracování návrhu řešena.

¹⁰⁰ K tomu více v první části tohoto článku.

¹⁰¹ NYS, Herman a Maurice ADAMS. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*. 2003, roč. 11, č. 3, s. 358. Podobně ale kritizuje tuto situaci i Cohen-Almagor, když uvádí, že terminální sedace na rozdíl od eutanázie nemá nastavenou žádnou formální kontrolu a stejně tak není upravena v právních předpisech, dokonce není ani vyžadován informovaný souhlas. Srovnej COHEN-ALMAGOR, Raphael. Belgian euthanasia law: a critical analysis. *Journal of Medical Ethics*. 2009, roč. 35, č. 7, s. 438.

¹⁰² Podobně ale i Stanovisko vlády v bodě 13, které odkazuje na procedurální pojistky pro případ provedení chemické kastrace.

¹⁰³ Srovnej „Ve Španělsku byla eutanazie dekriminalizována zákonem č. 3/2021 z 24. března, čímž se stala první, která upravila postup *ex ante* prostřednictvím předchozí kontroly ze strany Garanční komise“. In RAMOS-POZÓN, Sergio. The Role of the Ethics Expert in Spanish Legislation on Euthanasia. *Monash Bioethics Review*. 2025, roč. 43, č. 1, s. 82.

¹⁰⁴ Kromě návrhu zpracovaném v Německu v první polovině 20. století Bindigem a Hochem, který se zavedením komise počítal. Byl však kontroverzní, vzhledem k zavedení eugenického hodnocení kvality života a zavedením termínu života nehodného žití. Tato teorie, byť oba autoři nebyli nacisti, se stala podkladem pro nacistickou doktrínu pro nechvalně známou vyhlazovací akci T4.

Španělský model kontroly *ex ante* (který se ale také objevuje v návrhu portugalské úpravy) má nepochybně své výhody. Nastavuje pravidlo, že nezávislá komise (*Comisión de Garantía y Evaluación*) přezkoumává žádost o eutanázii nebo asistované sebeusmrcení před jeho samotným provedením. To odlišuje tento model od tradičně zaběhlých modelů, které kontrolu ze strany komisi nastavují až po provedení eutanázie (nebo asistence při sebeusmrcení).

Pragmatické výhody tohoto systému jsou nesporné - zabezpečení kontrolního mechanismu před vlastním aktem, dohlížení více subjektů na splnění kritérií, což podporuje odborné zhodnocení žádosti a eliminuje na první pohled výskyt nejzávažnějších rizik. Dopředu chrání vykonávajícího lékaře před rizikem trestněprávní odpovědnosti, neboť pokud podmínky pro jeho jednání schválí, nemůže již být postihnut.¹⁰⁵

Ze stejného pragmatického hlediska zde ovšem také existují i nevýhody, které spočívají např. v administrativní náročnosti (včetně finančních nákladů), byrokratizaci procesu, jeho zdoluhavosti a nedostatku flexibility v nejednoznačných případech, což může vést k tomu, že některým žadatelům se pomoci vůbec nedostane.

Velký rozdíl je zde ovšem možné spatřovat v obecném pojetí otázky morální odpovědnosti, a tím i otázce filosofické perspektivy vnímání odpovědnosti v právu.¹⁰⁶ Zde tato linie uvažování (vzhledem k její obsáhlosti) bude pouze načrtnuta právě ve vztahu právě k tématu asistované smrti a odpovědnosti za učiněné jednání.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Srovnej kupř. následující články: PINTO PASTOR, Patricia et al. Spanish Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Medical Ethics*. 2023, roč. 49, č. 1, s. 49–55 nebo MARTÍNEZ-LEÓN, Mercedes; FEIJOO VELAZ, Jorge; QUEIPO BURÓN, Daniel; MARTÍNEZ-LEÓN, Camino. Estudio médico-legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. *Revista Española de Medicina Legal*. 2022, roč. 48, č. 4, s. 166–174.

¹⁰⁶ K podrobnějšímu historickému vývoji teorie odpovědnosti srovnej např. JANEČEK, Václav. *Kritika právní odpovědnosti*. Praha: Wolters Kluwer, 2017, s. 132 a násl. O důležitosti role přičitatelnosti mezi aktérem a jeho jednáním v historickém vývoji srovnej SMREKOVÁ, Dagmar. Při prameňoch moderného pojmu zodpovednosti: idea imputácie. In HÁLA, Vlastimil a kol. *Morální odpovědnost a její aspekty*. Praha: Filosofia, 2013, s. 29 a násl. Myšlenku přičitatelnosti jako odpovědnosti v moderním etickém diskurzu zpopularizoval také filosof Paul Ricoeur, který odmítal vidět vlastní původ odpovědnosti v etymologickém základě „schopnosti odpovědět“. Podle jeho názoru být odpovědný znamená nikoli schopnost odpovědět na otázku, ale povinnost odpovědět na žádost o vydání počtu. RICŒUR, Paul. *The Concept of Responsibility: An Essay in Semantic Analysis*. In: RICŒUR, Paul, *The Just*. Chicago: University of Chicago Press, 2000, s. 11–36. V tomto smyslu se ovšem dlouhodobě pojem odpovědnost řešil v právní teorii i morální teorii. Pojem přičitatelnosti (*imputatio*) se objevuje již v scholastické filosofické morální doktríně a zahrnuje připsování činů aktérovi za jeho svobodné jednání. Tato teologická doktrína je později přenesena i do teorie přirozeného práva, (např. v Pufenderově koncepci přirozeného práva). O přičitatelnosti, dobrovolnosti, morální povinnosti a přirozeném právu podrobně hovoří také anglický filosof 19. století BAYLIES, Nicholas. *Of the imputation of voluntary actions; Moral obligation; and natural law*. In: BAYLIES, Nicholas. *An essay concerning the free agency of man, or, The powers and faculties of the human mind, the decrees of God, moral obligation, natural law, and morality*. [S.l.]: [s.n.], 1820, s. 178–196. Podrobně k historii přičitatelnosti srovnej také např. SMREKOVÁ, Dagmar. Při prameňoch moderného pojmu zodpovednosti: idea imputácie. In HÁLA, Vlastimil a kol. *Morální odpovědnost a její aspekty*. Praha: Filosofia, 2013, s. 38.

¹⁰⁷ Morální odpovědnost zde budeme v běžném, intuitivním smyslu, spojovat s odpovědností, kterou máme za naše vlastní jednání. „... morálka se zdá být ústředním tématem toho, jak jednáme. Morální standardy, zdá se,

V tradičním modelu postupu (nizozemský model) rozhoduje lékař s rizikem individuální odpovědnosti za své rozhodnutí. V modelu španělském vstupuje do rozhodovacího procesu kolektivní orgán zastoupený různými odbornostmi, který nese odpovědnost za rozhodnutí o asistované smrti. Lze tedy shrnout, že v případě nizozemského modelu se opíráme o individuální odpovědnost za rozhodnutí, v případě španělského modelu o kolektivní odpovědnost.

Už samotné vnímání kolektivní odpovědnosti a kolektivního jednání je někdy v odborné literatuře problematizováno, a to s ohledem na to, zda z jednání skupiny můžeme dovozovat prvky individuální morální odpovědnosti jako je například intence, vnímání aktérství (*sense of agency*) a dobrovolnosti jednání.¹⁰⁸ Nicméně obecně bývá kolektivní odpovědnost jako specifická odpovědnost přijímána.

Z hlediska načrtnutí problému principu individuální nebo kolektivní odpovědnosti u pojetí asistované smrti je potřeba alespoň krátce představit dvě odlišné teorie odpovědnosti, tzv. nazpět hledící odpovědnost (*backward looking responsibility*, retrospektivní odpovědnost)¹⁰⁹ a odpovědnost hledící dopředu (*forward looking responsibility*, prospektivní odpovědnost).¹¹⁰ Druhý typ odpovědnosti je více spjat s konsekvencialistickým pojetím odpovědnosti, zaměřuje se na *prevenci budoucích následků*,¹¹¹ první je spojen s tradičním pojetím *viny* a retribucí za způsobené jednání (*blameworthiness*)¹¹².

zahrnují v sobě motiv, proč bychom měli jednat jedním způsobem spíše než druhým. Pokud bychom nebyli schopni vykonávat jakékoli činy, ale byli bychom pouze pasivními pozorovateli probíhajících scén, je těžké si představit, že bychom byli odpovědní za morální standardy nebo že bychom byli vystaveni morálnímu hodnocení a kritice. Naše morální odpovědnost se týká zejména činů – nebo se to alespoň běžně myslí. Jsme morálně zodpovědní za to, jak jednáme – nikoli za to, co se nám děje nezávisle na našem konání. Toto je rozšířená intuice.“ PINK, Thomas. *Self-Determination: The Ethics of Action. Volume 1*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

¹⁰⁸ Kritikem kolektivní odpovědnosti byl například Max Weber, podle něhož kolektivní odpovědnost nedává smysl. Podle něj je to proto, že nemůžeme izolovat skutečně kolektivní jednání, odlišné od identického jednání mnoha osob, a že je problematické rozlišovat intenci individuality jednajících ve skupině a intence samotné skupiny. Srovnej WEBER, Max. *Economy and Society*. Vol. 1. Berkeley: University of California Press, 1978 (1914). Podobně Lewis kritizuje problematiku a přímo uvádí: „*Hodnota patří jednotlivci a je to jedinec, kdo je jediným nositelem morální odpovědnosti. Nikdo není morálně vinen, s výjimkou případů, kdy se jedná o jednání, které sám považoval za špatné. ... Kolektivní odpovědnost je ... barbarská.*“ LEWIS, Harold David. *Collective Responsibility. Philosophy*. 1948, roč. 24, č. 88, s. 3–6.

¹⁰⁹ V tradiční koncepci je spojena otázka odpovědnosti s otázkou viny (v morální rovině) a zavinění (subjektivní pojetí odpovědnosti v právu). Tyto tradiční koncepty vycházejí právě z retrospektivního vnímání spravedlnosti, je spojena s pojetím odpovědnosti za porušení povinnosti; ať už ve smyslu morálním, tj. vycházejícím zejména z deontologické teorie etiky, nebo ve smyslu právním jako porušení povinnosti. V historickém pojetí retrospektivní odpovědnosti hraje tedy důležitou roli retribuce, jako prvek spravedlivé odplaty za jednání. Nicméně s ohledem na aristotelovské teorie se do tohoto pojetí promítalo i vnímání spravedlnosti distributivní a korektivní, které se promítly do ideje restituce a reparace. Srovnej JANEČEK, Václav. *Kritika právní odpovědnosti*. Praha: Wolters Kluwer, 2017, s. 180.

¹¹⁰ Podrobněji k oběma pojetím viz TALBERT, Matthew. *Moral Responsibility*. Cambridge: Polity Press, 2016, s. 32 a násl.

¹¹¹ TALBERT, Matthew. *Moral Responsibility*. Cambridge: Polity Press, 2016, s. 32 a násl.

¹¹² Toto pojetí bývá tradičně spojováno s pojetím svobodné vůle v libertariánském pojetí. Nicméně Strawson ve svém díle *Freedom and Resentment* zastává kompatibilistické pojetí svobody vůle a dovozuje, že pro naše pojetí

V moderním pojetí se obě tyto teorie propojují, což má zajistit u odpovědnosti jejich *preventivní* funkci i *retributivní* funkci (hrozba budoucími následky, sankce). Vezmeme-li v potaz nizozemský model, pak v sobě obsahuje oba tyto mechanismy – lékař rozhoduje s vědomím možného trestněprávního postihu a následně je hodnocen komisí, eventuálně i orgány činnými v trestním řízení za jím provedené jednání. V koncepci trestního práva se stále silně odráží i *retributivní* prvek spravedlivé sankce. Oproti tomu při kolektivním rozhodování komise o asistované smrti se odráží pouze prvek preventivní – kolektiv rozhoduje dopředu a následně přezkoumání v takovém případě absentuje.

Kolektivní rozměr rozhodování má i další problematický etický aspekt; pokud rozhoduje komise, lékař už není primárním morálním aktérem.¹¹³ V případě rozhodnutí kolektivního orgánu se často necítí nikdo být přímo odpovědný, je jen součástí většího celku. To může vést k fenoménu *morálního vyprázdnění* – situaci, kdy je učiněno nevratné rozhodnutí (o smrti pacienta), aniž by existoval konkrétní jednotlivec, který za něj přijímá plnou odpovědnost.¹¹⁴ To vyvolává otázku, zda je vhodné přenést rozhodování o životě a smrti z individuální odpovědnosti lékaře na institucionální kolektivní odpovědnost.

Takový přesun v konečném důsledku zasahuje i do základních principů současné lékařské etiky. Přesunutím rozhodovací autority na komisy ve svém důsledku oslabuje autonomii pacienta, ale i autonomii lékaře včetně jeho morální odpovědnosti.

odpovědnosti jsou základní i emocionální aspekty, tzv. reaktivní postoje (*reactive attitudes*) jako jsou vděčnost, zášť, odpuštění, vina, chvála, láska a pocit újmy, které utvářejí naše postoje. Podle Strawsona pokud pochopíme funkci těchto reaktivních postojů, pak můžeme pojetí odpovědnosti založit i v případě, že opustíme libertariánský přístup ke svobodě vůle. Novost Strawsonova přístupu spočívá v tom, že zdůrazňuje význam, který přikládáme postojům a záměrům druhých lidí vůči nám. Záleží na tom, zda jejich činy vyjadřují dobrou vůli, náklonnost či úctu, anebo naopak opovržení, lhostejnost či zlomyslnost. Podle Strawsona je naše praxe pohnat někoho k odpovědnosti do velké míry reakcí právě na toto – tedy na kvalitu vůle druhých vůči nám. Jako příklad uvádí Strawson rozdíl, který vnímáme, pokud nám někdo ublíží neúmyslně, nebo pokud vám ublíží vědomě a se zlým úmyslem nebo z pohrdavé neúcty. V druhém případě je přirozené cítit mnohem silnější zášť než v prvním. STRAWSON, Peter Frederick. *Freedom and Resentment*. In: STRAWSON, Peter Frederick. *Freedom and Resentment and Other Essays*. London: Methuen, 1974, s. 1–28. ISBN 0-416-73830-5.

¹¹³ Morálním aktérstvím a morální odpovědností lze zde rozumět ve smyslu toho, co předkládá Jay Wallace ve své monografii: „Považovat lidi za odpovědné v tomto smyslu znamená vnímat je jako autonomní aktéry, kteří přemýšlejí o svých životech, kteří mají soubor hodnot nebo (morálních) závazků dostatečně strukturovaný, aby tvořil to, co bychom mohli nazvat „pojetím dobra“, a kteří se snaží toto pojetí ve svém jednání prosazovat. Když se jim podaří tohoto cíle dosáhnout, lze autonomní aktéry považovat za obzvláště odpovědné za své činy, pokud tyto činy odhalují jejich nejhlubší hodnoty a závazky – hodnoty a závazky, které pomáhají definovat jejich skutečné já.“ WALLACE, Jay R. *Responsibility and the Moral Sentiments*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1994, s. 52.

¹¹⁴ „Když jsou všichni zodpovědní, nikdo se ve skutečnosti necítí odpovědný. Společenské organizace vynakládají velké úsilí, aby vymyslely mechanismy, jak zastírat odpovědnost za rozhodnutí, která nepříznivě ovlivní ostatní. Kolektivní jednání je dalším prostředkem k oslabení morální kontroly.“ BANDURA, Albert. *Moral disengagement in the perpetration of inhumanities*. *Personality and Social Psychology Review*, 1999, roč. 3, č. 3, s. 193–209.

V medicínském rozhodování (a o to více v rozhodování v závěru života) je v současné době zdůrazňován aspekt *sdíleného rozhodování*¹¹⁵, kdy je na jedné straně vnímán hodnotový systém pacienta a na druhé straně i expertíza a názory lékaře. V institucionálním rozhodování komise však ani jeden z aktérů nemusí vnímat rozhodování jako své vlastní. Sama idea sdíleného rozhodování se tím rozplývá. Níterný dialog již není třeba, spíše je nutné přesvědčit komisi o tom, že je potřeba vyplnit správná políčka.¹¹⁶ Model *ex ante* vkládá mezi pacienta a jeho lékaře institucionální autoritu, která má právo žádost zamítnout, i když lékař i pacient s výkonem souhlasí. To oslabuje etický princip respektu k autonomii pacienta.

Autentická rozhodnutí v rámci byrokratického systému se vytrácejí. Formální podmínky mohou převážet nad individuálním posouzením případu. Lékař vykonává úkon eutanázie (nebo asistuje u sebeusmrcení) v podstatě na základě souhlasu komise. Odpovědnost se tak rozkládá mezi více aktérů – lékaře, komisi, další zdravotnické profesionály a skutečná odpovědnost za jednání se vytrácí.

Konečně i z hlediska právního je tu zásadní rozdíl – zatímco členové komise budou typicky za porušení povinností v rámci svého odborného posuzování stavu pacienta sankcionováni spíše ve správním řízení (pokud by se nejednalo o zjevný exces), lékař provádějící eutanázii má v případě nerespektování podmínek plnou trestněprávní odpovědnost. Proto, ze všech výše uvedených důvodů, byla v českém návrhu upřednostněna individuální odpovědnost lékaře.¹¹⁷

ZÁVĚR

V této části jsme se snažili vyrovnat s některými kritickými poznámkami a vysvětlit, jakým způsobem byl návrh zákona o asistované smrti koncipován. Některé kritické připomínky zde byly nepochybně vysvětleny, jiné je vhodné zakomponovat do otázek *de lege ferenda* v případě nového řešení legislativy. Je třeba podotknout, že kritické ohlasy přinesly cenné příspěvky do diskuze o asistované smrti. Byť se s některými z nich neztotožňujeme, otevírají možnosti pro transparentnější diskuzi o právní úpravě rozhodování v závěru života.

Ohlasy ze strany odborníků na paliativní péči poukázaly na to, že zde není vůle spojovat rozhodování v závěru života a paliativní péči s asistovanou smrtí. Toto přání bude pravděpodobně respektováno a dojde k rozdělení obou tematických částí.

Co lze tedy očekávat *de lege ferenda*? Domníváme se, že se v brzké době objeví nový návrh zabývající se některou z forem asistované smrti (pravděpodobně obou). V současné době dochází v evropském prostředí k výraznému posunu směrem k podstatnějšímu respektování autonomie, a to i

¹¹⁵ Shared decision-making. Termín je spojen s publikací Jaye Katze. KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York; London: Free Press; Collier Macmillan, 1984.

¹¹⁶ O problému komisního přezkoumávání v situaci rozhodování o změně pohlaví, kdy se jednotliví aktéři pouze naučili odříkat své role, se dlouhodobě diskutuje a je kritizováno.

¹¹⁷ V tom spočívá i odpověď na další kritické připomínky k zákonu – proč nemá konzultující lékař právo veta, případně proč nemá toto právo zdravotnický tým. Vše spočívá v charakteru individuální odpovědnosti lékaře, včetně právní odpovědnosti. Pokud například lékař provede eutanázii, i když zdravotnický tým takové jednání nedoporučuje, nese plnou odpovědnost za případné pochybení, a to trestněprávního charakteru.

v kontextu rozhodování v závěru života. Právo na sebeurčení a lidská důstojnost, vnímaná ze subjektivní perspektivy, se odráží i v názorech, které vyjádřil v *obitter dictum* český Ústavní soud.

Bylo by vhodné, aby česká úprava vycházela z bezpečných pojistek, které budou přísnější než v nizozemském a belgickém modelu zákona, jak tomu v současném návrhu bylo.

Stejně tak se ovšem domníváme, že je otázkou brzké budoucnosti, kdy bude nutné upravit rozhodování v závěru života v některém ze zákonů, buď v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách nebo v občanském zákoníku. Soudní ingerence pro rozhodovací mechanismy je z důvodů rozhodovací praxe ESLP nezbytná a poukazuje na to i domácí odborná literatura.¹¹⁸

Obě možné navrhované právní úpravy by měly směřovat k rozšíření možností člověka rozhodovat o sobě v závěru života. Ztotožňujeme se se zásadou, vepsanou i do důvodové zprávy k návrhu zákona, „že každý člověk je svobodným tvůrcem vlastního osudu, a to i v nejtěžších chvílích svého života. Rozhodnutí ukončit vlastní život má zásadní význam pro lidskou existenci, smysl života každého je určován jeho subjektivním přesvědčením, jeho hodnotami, životními cíli a jeho přáními. V tomto smyslu je výrazem autonomie i asistovaná smrt za předpokladu, že tím dochází ke zkrácení vlastního utrpení. Ukončením života za asistence není zasahováno do práv druhých, není tedy důvod, aby státní moc zasahovala do jeho práva na osobní morální vyjádření, měla by respektovat právo na osobní svědomí každého jednotlivce.“

Tento článek byl vypracován s podporou GA ČR v rámci grantového projektu č. 25-18528S, Problematika ochrany osobnostních práv v civilním právu.

¹¹⁸ Srovnej kupř. návrh Heleny Krejčíkové (KREJČÍKOVÁ, Helena. Využití § 101 občanského zákoníku v praxi, návrhy legislativního řešení. *Zpráva k rukám výboru Sekce dětské paliativní péče ČPSM ČLS JEP*, 2019, s. 4–5.), která navrhovala upravit znění § 101 OZ následovně: „Má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví a na dalším postupu není mezi opatrovníkem, resp. zákonným zástupcem pacienta a poskytovatelem zdravotních služeb shoda, lze zákrok učinit jen s přivolením soudu. Stejně se postupuje i v případě, spočívá-li zásah do integrity v upuštění od život prodlužující či život udržující léčby, a to u ukončením kontinuální přístrojové podpory životních funkcí. Tím není dotčeno ustanovení § 98 odst. 2 a § 99.“ Podobně o potřebě zákonné úpravy diskutuje i STEINLAUF, Barbora. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022, s. 109–120.

REFERENČNÍ SEZNAM:

ALEKSANDROVA YANKULOVSKA, Snezhana. Palliative care and euthanasia – are they mutually exclusive? *Revista Română de Bioetică*. 2008, roč. 6, č. 4, s. 19–28. ISSN 1583-5170.

BAGARIC, Mirko. The Kuhse–Singer euthanasia survey: Why it fails to undermine the slippery slope argument – comparing apples and apples. *European Journal of Health Law*. 2002, roč. 9, č. 3, s. 229–241. ISSN 0929-0273. DOI 10.1163/157180902401000467.

BAKER, Dennis J., ed. *Textbook of Criminal Law*. 4. vydání. London: Sweet & Maxwell, 2015. ISBN 978-0414037342.

BANDURA, Albert. Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 1999, roč. 3, č. 3, s. 193–209. DOI: 10.1207/s15327957pspr0303_3.

BATTIN, Margaret P., RHODES Rosamond, SILVERS, Anita. *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York, London: Routledge, ISBN 9780415920032.

BATTIN, Margaret P., Agnes VAN DER HEIDE, Linda GANZINI, Gerrit VAN DER WAL a Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*. 2007, roč. 33, č. 10, s. 591–597. ISSN 0306-6800. DOI 10.1136/jme.2007.022335. PMID: 17906058; PMCID: PMC2652799.

BAYLIES, Nicholas. *An essay concerning the free agency of man, or, The powers and faculties of the human mind, the decrees of God, moral obligation, natural law, and morality*. [S.l.]: [s.n.], 1820, s. 178–196. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/11978-015>.

BEAUCHAMP, Tom L. Euthanasia: Some Problems of Definition and Justification. *Ethics*. 1979, roč. 89, č. 3, s. 360–370. ISSN 0014-1704. DOI 10.1086/292063.

BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2013. ISBN 978-0-19-992458-5.

BENATAR, David. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology*, 2011, roč. 18, č. 5, s. 206–207. DOI: [10.3747/co.v18i5.923](https://doi.org/10.3747/co.v18i5.923)

BENTHAM, Jeremy. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Dover Philosophical Classics. New York: Dover Publications, 2007. ISBN 978-0486454528.

BERLIN, Isaiah; HARDY, Henry (ed.); HARRIS, Ian (ed.). *Liberty: Incorporating Four Essays on Liberty*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2002, xxxiv, 382 s. ISBN 978-0-19-924989-3.

BOYD, Kenneth M., Roger HIGGS a A. J. PINCHING, eds. *The New Dictionary of Medical Ethics*. London: BMJ Publishing (Dover Philosophical Classics / BMJ Books), 1997. ISBN 0727910019.

BROCK, Dan V. Voluntary Active Euthanasia. *The Hastings Center Report*. 1992, vol. 22, no. 2, s. 10-22.

COHEN-ALMAGOR, Raphael. Belgian euthanasia law: a critical analysis. *Journal of Medical Ethics*. 2009, roč. 35, č. 7, s. 436–439. ISSN 0306-6800. DOI 10.1136/jme.2009.029470.

COHEN-ALMAGOR, Raphael. Critical remarks on the Dutch policy and practice of euthanasia and proposed guidelines for physician-assisted suicide. *Issues in Law & Medicine*. 2001, roč. 17, č. 1, s. 17–30.

COHEN-ALMAGOR, Raphael. Euthanasia in The Netherlands: The Legal Framework. *Michigan State University College of Law. Journal of International Law*. 2001, roč. 10, s. 319–342.

ČERNÝ, David, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.

ČERNÝ, David. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2021.

ČERNÝ, David. Eutanazie a dobrý život: proč je eutanazie (někdy) morální. *Vnitřní lékařství*, 2018, roč. 64, č. 3, s. 236–244. ISSN 0042-773X.

ČERNÝ, David. Psychiatrická eutanázie: Výzva k širší diskusi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2025, roč. 14, č. 2. Dostupné z: <https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/265>

DE HERT, Marc; LOOS, Sien; VAN ASSCHE, Kristof. Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights (*Mortier v. Belgium* [no. 78017/17]). *European Psychiatry*. 2022, roč. 65, č. 1, článek e80, s. 1–2. DOI 10.1192/j.eurpsy.2022.2342.

DEIGH, John. Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: Some Relevant Differences. *Journal of Criminal Law and Criminology*. 1988, vol. 88, no. 3, s. 1155–1165.

DELIENS, Luc, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*. 2000, roč. 356, č. 9244, s. 1806–1811. DOI 10.1016/S0140-6736(00)03233-5.

DELIENS, Luc, Stefan DE HERT, Ilse CHAMBAERE a Kenneth CHAMBAERE. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*. 2000, roč. 356, č. 9244, s. 1806–1811. DOI 10.1016/S0140-6736(00)03233-5.

DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.

DWORKIN, Gerald. Physician Assisted Death: The State of the Debate. In: STEINBOCK, Bonnie, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2007, část 16, s. 375–392. ISBN 978-0-19-927335-5. DOI 10.1093/oxfordhb/9780199562411.003.0017.

FLETCHER, Joseph Francis. *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*. Boston: Beacon Press, 1969. 243 s. ISBN 0807015830. Původně vydáno 1954.

GERSON, S. M. et al. The Relationship of Palliative Care With Assisted Dying Where Assisted Dying is Lawful: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020, roč. 59, č. 6, s. 1287–1303.e1. ISSN 0885-3924. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2019.12.361.

GREEN, Stefanie. *Assisted: A Doctor's Story of Assisting Death and Embracing Life*. Sydney: Allen & Unwin, 2022. ISBN 978-1-76052-915-4.

GRIFFITHS, John, Heleen WEYERS a Maurice ADAMS. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishing, 2008. ISBN 978-1-84113-700-1.

GRIFFITHS, John, Heleen WEYERS a Maurice ADAMS. *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998. ISBN 978-90-5356-280-6.

GUILLOD, Olivier a Andrea SCHMIDT. Assisted suicide under Swiss law. *European Journal of Health Law*. 2005, roč. 12, č. 1, s. 25–37. ISSN 0929-0273. DOI 10.1163/157180905774933407.

HÁLA, Vlastimil a kol. *Morální odpovědnost a její aspekty*. Vyd. 1. Praha: Filosofia, 2013. 163 s. Filosofie a sociální vědy; sv. 47. ISBN 978-80-7007-412-1.

HART, Herbert Lionel Adolphus a Anthony Maurice HONORÉ. *Causation in the Law*. 2. vydání. Oxford: Clarendon Press, 1985. ISBN 978-0198254744.

HERRING, Jonathan. *Medical Law and Ethics*. 9. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2022. ISBN 978-0-19-285656-2.

HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek, ed. a FISCHEROVÁ, Sylva, ed. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, 2012. ISBN 978-80-7298-392-6

HOPE, Robert. *Medical ethics: a very short introduction*. Oxford University Press: New York 2004. ISBN 978-0192802828

HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021.

CHAMBAERE, Kenneth - BERNHEIM, Jan L. Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care?: the Belgian and Benelux experience. *Journal of Medical Ethics*, 2015, roč. 41, č. 8, s. 657–660. DOI: 10.1136/medethics-2014-102116

INBADAS, Hamilton, José Miguel CARRASCO a David CLARK. Representations of palliative care, euthanasia and assisted dying within advocacy declarations. *Social Science & Medicine*. 2020, roč. 260, 113181. DOI 10.1016/j.socscimed.2020.113181.

JANEČEK, Václav. *Kritika právní odpovědnosti*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. xviii, 277 stran. Právní monografie. ISBN 978-80-7552-812-4.

KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York; London: Free Press; Collier Macmillan, 1984. XXI, 263 s. ISBN 0029170109.

KEOWN, John. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018, vyd. 2. ISBN 1107043204.

KREJČÍKOVÁ, Helena. Využití § 101 občanského zákoníku v praxi, návrhy legislativního řešení. *Zpráva k rukám výboru Sekce dětské paliativní péče ČPSM ČLS JEP*, 2019.

KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014.

KUPSCH, Leonie; GATHER, Jakov; VOLLMANN, Jochen; NADOLNY, Stephan; SCHILDMANN, Jan. Assessment of decisional capacity. A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide. *European Psychiatry*. 2025, roč. 68, č. 1, čl. e91, s. 1–13. ISSN 1778-3585 (online). DOI 10.1192/j.eurpsy.2025.10041.

KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.

KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022.

KUŘE, Josef, et al. Projekt DECAREL – Rozhodování o zdravotní péči v závěru života: shrnutí. *Brno: LF MU*, 2022. 11 s. Dostupné z: <https://www.med.muni.cz/media/3474498/projekt-decarel-shrnuti.pdf>

LEWIS, Harold David. *Collective Responsibility. Philosophy*. 1948, roč. 24, č. 88, s. 3–18.

LOCHT, Yves de. *Eutanazie: má každý právo na smrt?: skutečné případy lékaře, který umožňuje důstojný odchod*. Frýdek-Místek: Alpress, 2019. ISBN 978-80-7633-090-0.

LÖFMARK, Rurik, Tore NILSTUN, et al. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: a survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine*. 2008, roč. 6, č. 1, s. 4. ISSN 1741-7015. DOI 10.1186/1741-7015-6-4.

MARTÍNEZ-LEÓN, Mercedes; FEIJOO VELAZ, Jorge; QUEIPO BURÓN, Daniel; MARTÍNEZ-LEÓN, Camino. Estudio médico-legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. *Revista Española de Medicina Legal*. 2022, roč. 48, č. 4, s. 166–174. ISSN 0377-4732. DOI 10.1016/j.reml.2022.01.003.

McMAHAN, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2002. ISBN 9780195079985.

MILFAIT, René, et al. Komentář Rady Sekce pro etiku v paliativní péči ČSPM k otázkám souvisejícím s rozhodováním o péči v závěru života v kontextu „Návrhu zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii“. Datum 9. 5. 2025. *Hospic Chomutov* [online]. 2025, 14 s. Dostupné z: <https://www.hospiccheb.cz/file.php?nid=20437&oid=12410764>.

MILLIGAN, Stuart a Shirley POTTS. The history of palliative care. In: STEVENS, Elaine; JACKSON, Susan; MILLIGAN, Stuart (eds.). *Palliative Nursing: Across the Spectrum of Care*. Oxford: Blackwell Publishing, 2009, kapitola 1, s. 1–16. ISBN 978-1-4051-6997-4.

MONTAGNA, Guido, Claudia GAMONDI a Gian Domenico BORASIO. Long-term development of assisted suicide in Switzerland: Analysis of a 20-year experience (1999–2018). *Swiss Medical Weekly* [online]. 2023, roč. 153, čl. w30260. Dostupné z: <https://doi.org/10.4414/smw.2023.w30260>

NOVÁKOVÁ, Markéta et al. *Srovnání právní úpravy eutanazie a asistované sebevraždy ve vybraných státech. Srovnávací studie č. 5.389*. Praha: Kancelář Poslanecké sněmovny, Parlamentní institut, listopad 2019; aktualizace srpen 2023. Online edice, ISSN 2533-4131.

NYS, Herman a Maurice ADAMS. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*. 2003, roč. 11, č. 3, s. 353–376. ISSN 0967-0742. DOI 10.1093/medlaw/11.3.353.

PAVLÍČEK, Václav a kol. *Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. díl, Práva a svobody. 2., dopl. a podstatně rozš. vyd.* Praha: Linde, 1999. ISBN 80-7201-170-7.

PICKETT, Brent C. Can legalization improve end-of-life care? An empirical analysis of the results of the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands and Oregon. *The Elder Law Journal*. 2008, roč. 16, č. 2, s. 333–373. ISSN 1070-4280.

PINK, Thomas. *Self-Determination: The Ethics of Action. Volume 1*. Oxford: Oxford University Press, 2016. 320 s. ISBN 978-0-19-927275-4.

PINTO PASTOR, Patricia et al. Spanish Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Medical Ethics*. 2023, roč. 49, č. 1, s. 49–55, <https://jme.bmj.com/content/49/1/49>.

PRIORESCHI, Plinio. *A History of Medicine: Roman medicine. Volume 3 of A History of Medicine*. Lewiston, NY: Mellen, 1996. 793 s. ISBN 1888456035.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5339-6.

RACHELS, James. Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*. 1975, roč. 292, č. 2, s. 78–80. ISSN 0028-4793. DOI 10.1056/NEJM197501092920206.

RAMOS-POZÓN, Sergio. The Role of the Ethics Expert in Spanish Legislation on Euthanasia. *Monash Bioethics Review*. 2025, roč. 43, č. 1, s. 82–96. DOI 10.1007/s40592-025-00228-3.

RICCEUR, Paul. *The Just*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

RIISFELDT, Thomas D. Euthanasia and Assisted Suicide Are Compatible with Palliative Care and Are Not Rendered Redundant by It. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2023, roč. 32, č. 2, s. 254–262. ISSN 0963-1801. DOI 10.1017/S0963180122000740.

SAAD, Toni. Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review. *Issues in Law & Medicine*. 2017, roč. 32, č. 2, s. 183–196. ISSN 8756-8160.

SCHWARZENEGGER, Christian a Sarah SUMMERS. *Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland*. Zurich: University of Zurich, Faculty of Law, 2005. Dostupné z: <https://ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-5624-cdd2-ffff-ffffa664e063/assisted-suicide-Switzerland.pdf>

SINGER, Peter. *Practical Ethics*. 3. vydání. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. ISBN 978-0-521-70768-8.

SINGER, Peter. Voluntary euthanasia: A utilitarian perspective. *Bioethics*. 2003, roč. 17, č. 5–6, s. 526–541. DOI 10.1111/1467-8519.00363.

SINGER, Peter A. a Amaral Mason VIENS, eds. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2008. ISBN 978-0-521-87284-3.

SOLNAŘ, Vladimír, Dagmar CÍSAŘOVÁ a Jaroslav FENYK. *Základy trestní odpovědnosti: podstatně přepracované a doplněné vydání*. Praha: Orac, 2003. ISBN 80-86199-74-6.

STECK, Nicole, Claudia JUNKER, Marcel ZWAHLEN, et al. Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open*. 2018, roč. 8, e020992. ISSN 2044-6055. DOI 10.1136/bmjopen-2017-020992.

STEINBOCK, Bonnie, ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2007. ISBN 978-0-19-927335-5.

STEINLAUF, Barbora. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022.

STOLBERG, Michael. *A History of Palliative Care, 1500–1970: Concepts, Practices, and Ethical Challenges*. Philosophy and Medicine 123. Cham; New York: Springer International Publishing, 2017. ISBN 978-3-319-54177-8

STRAWSON, Peter Frederick. *Freedom and Resentment and Other Essays*. London: Methuen, 1974, s. 1–28. ISBN 0-416-73830-5.

ŠAFR, Pavel, ed. *Iluze dobré smrti: eutanazie na šikmé ploše: sborník textů*. Praha: Fórum pro média, kulturu a civilizaci, 2024. ISBN 978-80-909082-1-5.

ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník: komentář*. 3. vydání. Praha: C.H. Beck, 2023. ISBN 978-80-7400-893-1.

TÄNNSJÖ, Torbjörn (ed.). *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004, s. 57–70. ISBN 1-4020-2123-2.

TALBERT, Matthew. *Moral Responsibility: An Introduction*. Cambridge (UK): Polity Press, 2016. ISBN 978-0-7456-8059-0.

VAN DER HEIDE, Agnes, Luc DELIENS, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*. 2003, roč. 362, č. 9381, s. 345–350. ISSN 0140-6736. DOI 10.1016/S0140-6736(03)14019-6.

WEBER, Max. *Economy and Society*. Vol. 1. Berkeley: University of California Press, 1978. Původně vydáno 1914.

WIDDERSHOVEN, Guy. Euthanasia in the Netherlands: experience in a review committee. *Medicine and Law*. 2004, roč. 23, č. 1, s. 73–85. ISSN 0723-1393.

WREEN, Michael. The Philosophical Problem of Euthanasia. *Ethics*. 1988, roč. 98, č. 3, s. 517–532. ISSN 0014-1704. DOI 10.1086/292957.

ZUCKER, Marjorie B.; ZUCKER, Howard D. (eds.). *Medical Futility: And the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997. XVI, 219 s. ISBN 978-0-521-56020-7; 978-0-521-56877-7.